

# 实用吞咽障碍康复护理手册

主 审 窦祖林  
主 编 李慧娟 安德连  
编 委 (按姓氏笔画排序)  
刘 萍 安德连 阮恒芳  
李慧娟 陈素玲 陈琼梅  
黄师菊 谢东霞 窦祖林  
樊 萍

电子工业出版社

Publishing House of Electronics Industry

北京·BEIJING

未经许可，不得以任何方式复制或抄袭本书之部分或全部内容。  
版权所有，侵权必究。

#### 图书在版编目（CIP）数据

实用吞咽障碍康复护理手册/李慧娟，安德连主编. —北京：电子工业出版社，2017.6  
ISBN 978-7-121-31597-8

I. ①实… II. ①李…②安… III. ①吞咽障碍-康复-手册②吞咽障碍-护理-手册  
IV. ①R745.109-62②R473.74-62

中国版本图书馆CIP数据核字(2017)第117398号

策划编辑：崔宝莹

责任编辑：崔宝莹

印 刷：

装 订：

出版发行：电子工业出版社

北京市海淀区万寿路173信箱

邮编：100036

开 本：787×1092 1/16

印张：11.25

字数：270千字

版 次：2017年6月第1版

印 次：2017年6月第1次印刷

定 价：49.00元

凡所购买电子工业出版社图书有缺损问题，请向购买书店调换。若书店售缺，请与本社发行部联系，联系及邮购电话：（010）88254888，88258888。

质量投诉请发邮件至zltz@phei.com.cn，盗版侵权举报请发邮件到dbqq@phei.com.cn。

本书咨询联系方式：QQ 250115680。

# 序 一

## Foreword

吞咽障碍是临床上多学科常见的症状之一，多伴随着误吸、吸入性肺炎、营养不良、心理与社会障碍等，严重影响着患者的康复进程及生活质量。吞咽障碍的康复护理涉及吞咽障碍的早期筛查、并发症防护、饮食管理、服药管理、心理护理、健康教育等多个方面，是吞咽障碍治疗及康复中重要的组成部分，但很多临床一线尤其是基层卫生机构的护理人员尚缺乏识别和护理吞咽障碍的专业知识和技能。故为完善科学化、标准化、规范化的工作模式，规范临床护理技能培训，保证护理服务质量，中山大学附属第三医院的护理同仁们结合多年吞咽障碍临床康复护理的经验，总结编写了这本《实用吞咽障碍康复护理手册》，希望能为临床护理工作者及管理者提供参考。

吞咽障碍的护理与康复治疗是一个持续的过程，护士是患者最直接也是接触时间最长的人员，在吞咽障碍的护理中，她们既是筛查者，又要承担多项吞咽护理，如管道护理、口腔清洁、食物调配及喂食等，同时又是家属、医生、治疗师之间的协调人，更是患者心理上的靠山。在繁重的一线工作之余，她们又善于总结，把宝贵的临床实践汇编成书。故此衷心感谢此书的编者，是她们的严谨务实、不辞辛劳、分工协作，才为广大同行呈现了这样一本有益之作。也希望在各位护理同仁的共同努力下，不断提高吞咽障碍护理的服务水平，为吞咽障碍患者的管理和康复做出更多的贡献。

黄祖林

2017年2月



## 序 二

Foreword

护理贯穿于医疗活动的全过程，是医疗工作的重要组成部分。护士在吞咽障碍患者的诊治及管理中，发挥着不可忽视的作用。一方面，护士为患者入院、出院、协助检查、诊断等提供基本的医疗服务；另一方面，护理本身还具有直接的疗效，在评估、治疗、用药及康复管理中为患者提供良好的身心环境。随着老龄化进程的不断加快，老年人口数量及比例不断增加，吞咽障碍发生趋于频繁，建立吞咽障碍护理专业平台，不断提高吞咽障碍护理专业水平，规范护士的工作流程及工作内容，既顺应了吞咽障碍临床诊疗的不断发展，也满足了患者日益提高的健康需求。

本书以吞咽障碍临床护理实践为主线，以吞咽障碍临床护理需求为基本出发点，严格按照临床护理程序，遵循评估、操作、治疗配合的主旨思路，具有突出的专科特色。由一线吞咽障碍临床护理工作人员编写完成，充分体现了“贴近临床、贴近患者”的理念，是吞咽障碍临床护理的实用参考书。此外，全文一改传统书稿的编写方式，突破常规，采取“流程—操作—要点说明”的流程图表编写方式，细化、量化了护理流程，便于阅读和记忆，并规范了吞咽障碍临床护理的工作内容，具有较强的实用性。

相信本书的出版，将有助于规范吞咽障碍的护理行为，夯实护理基础，适应吞咽障碍专业的快速发展，确保医疗工作的安全性和有效性，充分体现护理工作的专业性、人文性和高效性，将对吞咽障碍护理的发展起到积极的推动作用。

陈灯霞

2017年3月





# P 前言

## Preface

随着中国人口老龄化迅猛发展，各种急慢性疾病导致的吞咽障碍问题变得越来越常见。吞咽障碍影响着患者的营养摄入，更可能带来误吸、吸入性肺炎、营养不良、脱水等并发症，严重影响着患者疾病的转归及预后。作为康复护理专业人员，具备扎实的吞咽障碍康复护理技能及应急处理能力是保证吞咽障碍患者安全与提供优质护理的必要条件。

为规范吞咽障碍临床护理实践，提高护理服务的工作效率和质量，我院康复护理团队按照质量管理要求，总结临床工作经验，编写了这本《实用吞咽障碍康复护理手册》，旨在为广大康复护理同仁提供吞咽障碍的临床护理实践参考。

本书从吞咽障碍临床护理实际需求出发，内容涵盖了吞咽障碍护理评估、护理操作、并发症防护、常见诊疗技术配合。每个章节都从目的、权责、项目定义、适宜人群、操作（评估、测试）、常见并发症及处理措施等几个方面编写，为吞咽障碍的临床护理提供了规范化、标准化、流程化的操作范本。

本书立足吞咽障碍临床护理实践，以“流程—操作—要点说明”的流程图表方式编写，将护理流程细化、量化、优化，并对流程的关键点附加说明，整本书流程精简、脉络清晰，使读者对相关理论知识、护理步骤、注意事项一目了然，具有较强的指导作用。值得一提的是，本书作为专科性护理手册，是目前吞咽障碍康复护理领域第一本护理流程规范类手册，为吞咽障碍的临床护理实践提供了切实帮助，是吞咽障碍护理培训的实用参考手册。

本书是参编的护理专家在临床中不断积累、思考、学习、实践，并不辞辛苦、分工协作、总结编写而成，凝聚了她们对吞咽障碍康复护理的智慧和心血，兼具临床护理的实用性和科学性。当然，要规范护理行为，达到提高护理效率和质量的目的，流程执行的重要性远超过理论，希望本书能成为护理工作者的良师益友，常伴左右。诚然，实践过程中的不断修正，才能促进吞咽障碍康复护理的健康发展，故诚请各位同行专家斧正，以期对吞咽障碍康复护理的发展做出更多的贡献。

李雄 安德连

2017 年 4 月



# 目 录

## Contents

第一章 概述 .....	( 1 )
第二章 护理评估 .....	( 4 )
第一节 口腔清洁度评估 .....	( 4 )
第二节 反复唾液吞咽测试 .....	( 8 )
第三节 改良洼田饮水试验 .....	( 10 )
第四节 摄食评估 .....	( 13 )
第五节 日常生活活动能力评估 .....	( 17 )
第六节 营养风险筛查 .....	( 20 )
第七节 意识状态评估 .....	( 23 )
第八节 感觉功能评估 .....	( 28 )
第九节 呼吸功能评估 .....	( 31 )
第十节 排泄功能评估 .....	( 34 )
第十一节 深静脉血栓风险评估 .....	( 36 )
第十二节 心理社会问题评估 .....	( 42 )
第三章 专科护理操作 .....	( 58 )
第一节 鼻胃管插管 .....	( 58 )
第二节 鼻肠管插管 .....	( 61 )
第三节 间歇性经口（鼻）插管管饲 .....	( 65 )
第四节 胃造瘘 .....	( 68 )
第五节 治疗性经口进食 .....	( 71 )
第六节 肠外营养配置与滴注 .....	( 75 )
第七节 负压冲洗式口腔护理 .....	( 79 )
第八节 高流量氧疗 .....	( 82 )
第九节 体位引流 + 机械辅助排痰 .....	( 86 )
第十节 体位引流 + 背心式排痰仪排痰 .....	( 89 )



第十一节	气管切开术后护理 .....	( 92 )
第十二节	无创呼吸机 .....	( 96 )
第十三节	偏瘫患者床上良肢位摆放 .....	( 100 )
第十四节	偏瘫患者床 - 轮椅转移技术 .....	( 108 )
第十五节	防压疮护理 .....	( 111 )
第十六节	防跌倒护理 .....	( 115 )
第十七节	清洁间歇性导尿 .....	( 118 )
第十八节	简易膀胱容量和压力测定 .....	( 122 )
第十九节	膀胱残余尿量测定 .....	( 124 )
第二十节	排便功能训练操作 .....	( 127 )
第二十一节	人工取便术操作 .....	( 129 )
第二十二节	主动呼吸循环技术 .....	( 130 )
第二十三节	( 上下 ) 患肢床上被动运动 .....	( 133 )
第二十四节	下肢关节康复器操作 .....	( 135 )
第二十五节	空气波压力治疗仪操作 .....	( 140 )
<b>第四章 常见诊疗技术配合 .....</b>		<b>( 144 )</b>
第一节	吞咽造影检查前后护理准备与配合 .....	( 144 )
第二节	吞咽说话瓣膜佩戴前后护理准备与配合 .....	( 146 )
第三节	胃造瘘术围术期护理 .....	( 150 )
第四节	肉毒毒素注射技术 .....	( 153 )
第五节	经皮扩张气管切开术围术期护理准备与配合 .....	( 156 )
第六节	导尿管球囊扩张术准备与配合 .....	( 159 )
<b>第五章 国内外护理新进展 .....</b>		<b>( 162 )</b>
<b>参考文献 .....</b>		<b>( 167 )</b>

# 第一章 概述

## 一、吞咽

吞咽（swallowing）是指人体从外界经口摄入食物并经食管传输到达胃的过程，是一个系列顺序的定型过程，也是人类最为复杂的躯体反射之一。

正常的吞咽是在口腔、咽部、食管等多个解剖结构协调作用下的流畅过程，临床分为3个时期：口腔期/随意期（口腔感知并吞送食团）、咽期（食团通过咽部）、食管期（食团通过食管），包括6个阶段：①食物入口前阶段，即进食前个体对食物所产生的本能反应，有流涎、舔舌等动作。②食物入口阶段，即唇、前齿及舌等适应食物和餐具的形态，并顺利将食物纳入口中。③咀嚼及食物成形阶段，食物在口腔与唾液充分混合，形成易于吞咽的食团。④食物进入咽部，咀嚼完成后，舌上举，食团便沿着硬腭从舌尖被推至舌根，抵达诱发吞咽反射的部位，发生吞咽动作。⑤食物通过咽部，食团到达咽部后，软腭和会厌协调作用分别关闭鼻腔和气管与咽的通路，引起瞬间性吞咽性呼吸停止，舌向咽喉壁推压，咽壁产生蠕动，食团被送入食管，此过程即为吞咽反射。⑥食物通过食管，食团进入食管后，由于食管的蠕动，食团被挤压进胃。

## 二、吞咽障碍

吞咽障碍（dysphagia）是由于下颌、双唇、舌、软腭、咽喉、食管括约肌或食管功能受损，不能安全有效地将食物由口送到胃内取得足够的营养和水分，由此产生的进食困难。临床表现主要以进食问题为主，包括流涎、饮水呛咳、吞咽过程反复咳嗽、进食哽咽、吞咽后食物残留、进食费力、进食时间延长、进食量减少、伴口鼻反流、进食后呕吐、构音障碍、反复发热、肺部感染等。

吞咽障碍的发生发展与多方面因素有关。各种影响大脑皮质吞咽中枢、脑干吞咽中枢、脑神经、小脑及正常吞咽反射的疾病，均可能导致吞咽障碍的发生，如脑卒中、阿尔茨海默病、头颈部肿瘤、慢性阻塞性肺炎以及食管反流性疾病等。此外，

由于生理结构的改变，老龄化本身也是吞咽障碍发生的重要原因之一。

吞咽障碍因其严重影响了进食过程，可能给患者带来一系列并发症，误吸是吞咽障碍最常见也是最严重的并发症。吞咽障碍患者的主要临床特点是饮水呛咳、吞咽困难，食物残渣或口腔分泌物等误吸至气管和肺引起反复肺部感染，甚至可能出现窒息危及生命。有报道称，由吞咽障碍导致的呼吸道感染和吸入性肺炎可使患者的死亡率提高至 50%。此外，吞咽障碍的患者也可能因进食困难而引起水、电解质及营养物质摄入不足，导致营养不良从而影响疾病康复；消化不良导致的能量和营养物质摄入不足，造成食物摄入结构不合理，导致营养的不平衡，进一步延长住院时间、延缓康复进程、生活质量下降等，还可能增加感染和死亡的危险。也有研究认为，吞咽障碍患者因不能经口进食、留置鼻饲管，容易出现惧食、抑郁、羞涩、社会隔离等精神心理症状，造成身心疲劳，导致整体生活质量的下降。

目前吞咽障碍的治疗主要包括四个方面：①营养供给。根据患者的吞咽功能情况，选择具体的营养供给方式，即经口进食、经鼻胃管、鼻肠管或胃造瘘喂食、静脉补充营养。②促进吞咽功能的恢复。通过改善生理功能提高吞咽过程的安全性和有效性，目前常用的训练和治疗方法包括口腔感觉运动训练、Shaker 训练、Masako 训练、Mendelsohn 训练、低频电刺激、表面肌电生物反馈训练、球囊扩张术、针刺治疗、通气吞咽说话瓣膜的应用、重复经颅磁刺激、经颅直流电刺激等。③选择合适的代偿手段，改善食物的摄入。可通过调整食物（调整摄入液体、食物质地及每口量）、吞咽姿势、进食工具、进食环境等促进或提高吞咽的有效性和安全性。④康复护理。主要包括口腔卫生的改善和维持、饮食调配、气管切开的管理以及健康指导，避免护理不当诱发或加重并发症的发生。

### 三、吞咽障碍的康复护理

护士作为最直接接触患者的医务人员，在吞咽障碍患者的康复和护理中扮演着不可忽视的角色：①初筛者。准确评估、及早发现吞咽障碍是吞咽障碍管理的重要环节。护士作为患者的入院接待者及初始评估者，如果能够正确运用吞咽障碍相关评估工具评估患者的吞咽功能，将对吞咽障碍的管理起举足轻重的作用。②并发症防护者。吞咽障碍的治疗中，护士承担着患者的饮食护理、服药管理、口腔卫生、患者及家属的健康指导，护理质量影响着吞咽障碍并发症的发生和发展。③协调者。吞咽障碍的评估与治疗，是一个多专业人员参与并密切协作的过程，团队成员包括患者本人及临床相关科室的医生、言语治疗师、作业治疗师、物理治疗师、护士、放射科技师、耳鼻喉科医生、社会工作者、陪护人员等。护士作为患者最直接也是

最频繁的接触者，一方面是医疗护理措施的执行者，另一方面也是患者对吞咽障碍治疗与护理的反馈者，承担着患者和家属以及与医疗团队的协调工作。④治疗者。护士作为吞咽障碍管理团队中的重要成员，护理工作范畴涉及吞咽障碍的康复及护理、运动障碍的康复及护理、肺功能的锻炼等多个方面，直接参与许多护理康复工作。护士在吞咽障碍的管理及护理中承担着如此重要的角色和工作任务，护理人员对吞咽障碍的评估和及时有效的干预措施，是影响吞咽障碍患者康复的重要环节。

本书从吞咽障碍护理的实际出发，立足护士在吞咽障碍管理中的角色定位，分门别类的介绍与吞咽障碍护理的相关流程。重点从基础及专科护理评估入手，对涉及的评估技术流程做了详细的阐述，对吞咽障碍护理涉及的相关专科操作及并发症的处理流程，通过标准操作程序（standard operating procedure，SOP）流程图的方式，清晰明了地为读者阐明吞咽障碍护理评估、护理操作及干预处理的重点及难点。吞咽障碍的诊断与治疗需要借助多种检查手段，对诊疗技术的了解及配合，是吞咽障碍护理工作的重要组成部分，故此，本书第四章对诊疗技术的配合方法做了标准化流程阐述。此外，本书概括了吞咽障碍护理相关的研究进展，旨在为广大护理同仁提供吞咽障碍护理临床实践与研究参考。

## 第二章 护理评估

### 第一节 口腔清洁度评估

#### 一、目的

1. 评估患者口腔清洁程度。
2. 及时发现口腔问题。
3. 根据口腔状况选择合适的洗漱溶液。

#### 二、权责

1. 护士：遵循基础操作及安全原则；正确评估清洁度，及时发现问题并选择适合的口腔护理溶液。
2. 患者：配合操作过程，知晓操作的注意事项。

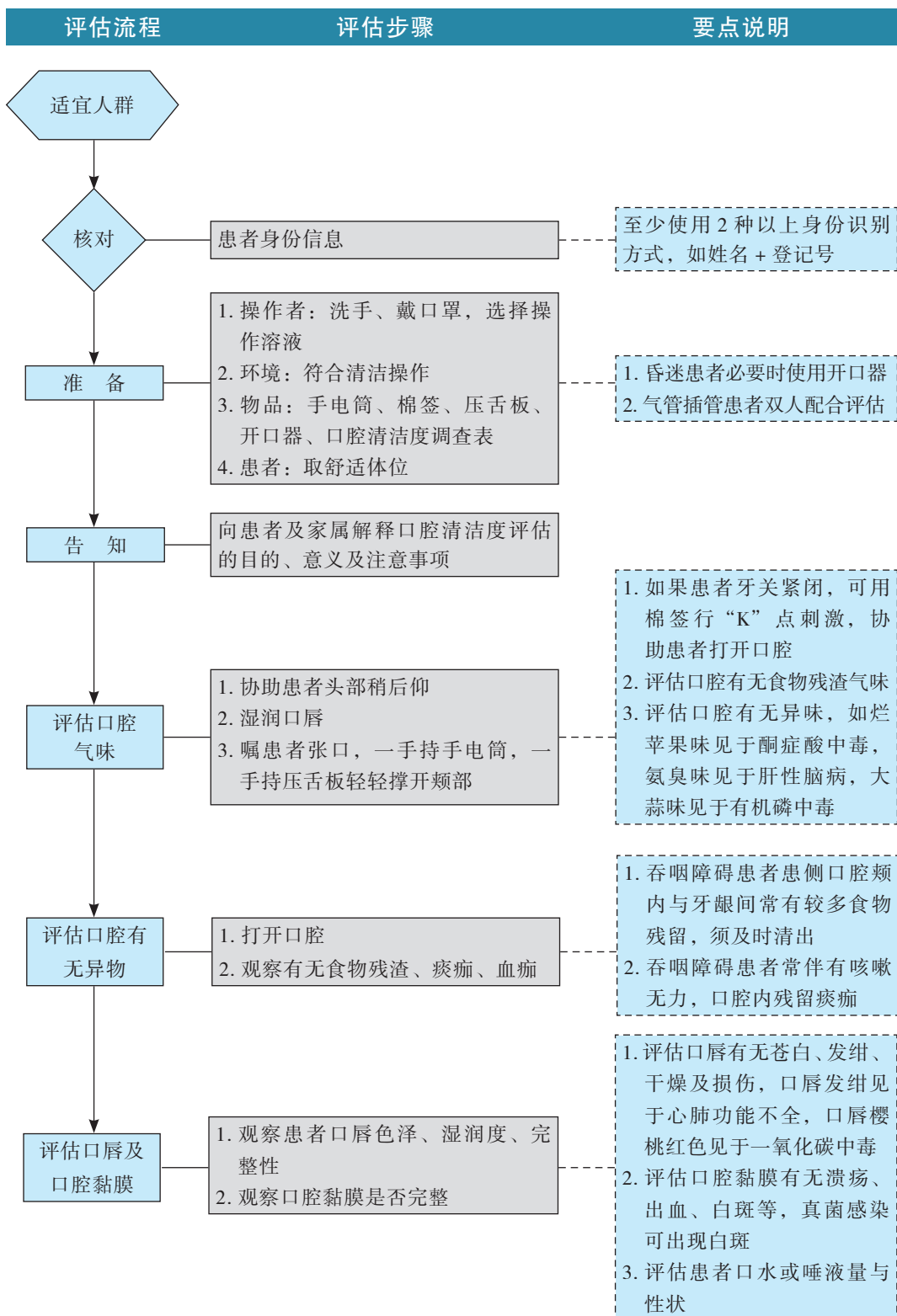
#### 三、定义

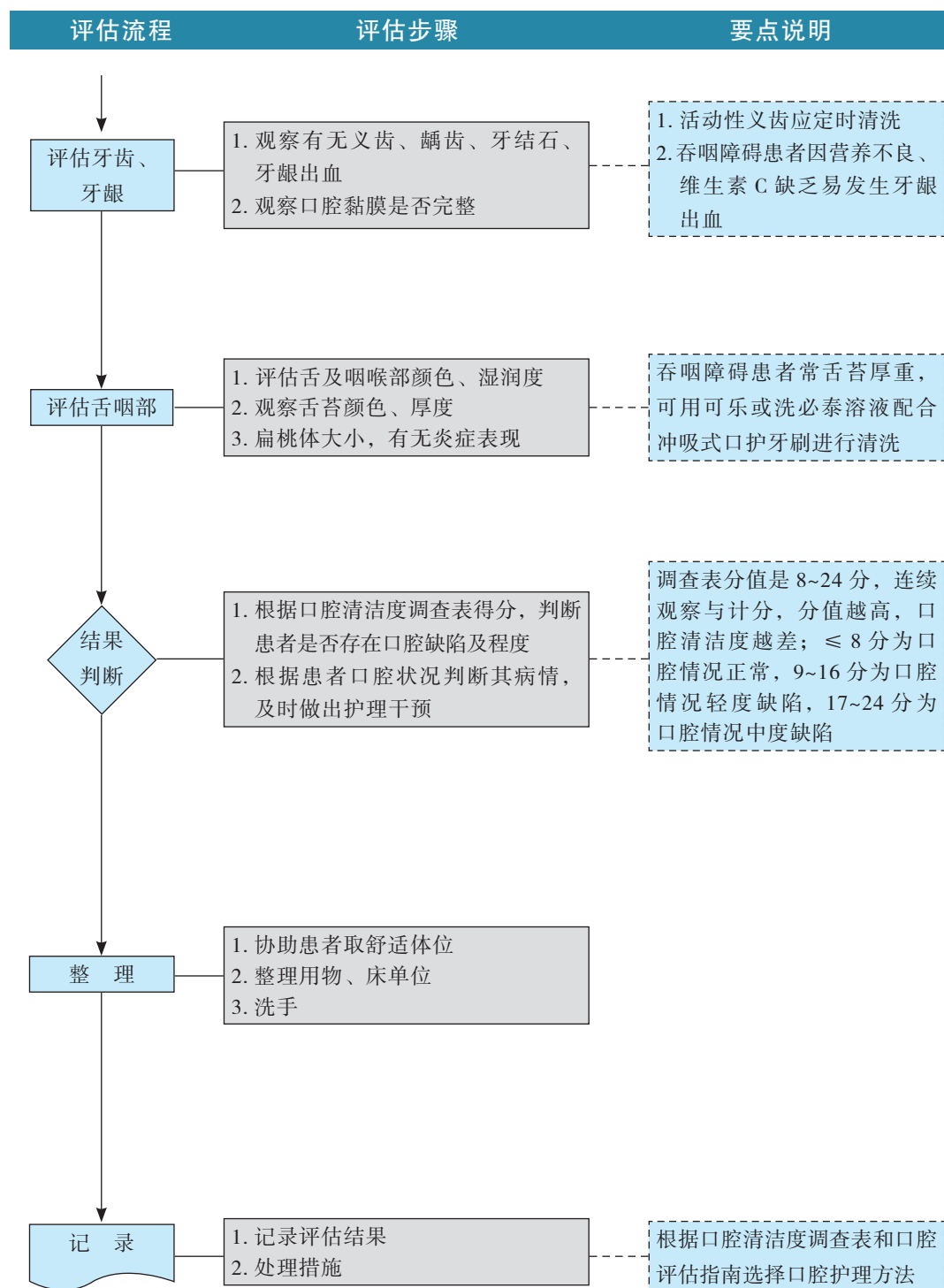
口腔清洁度（oral hygiene）评估是指用口腔清洁度调查表（表 2-1）评估患者嘴唇有无干燥脱皮、裂口及出血；口腔黏膜湿润完整性，口腔内有无异物（包括食物残渣、痰痂、血痂），异味；有无舌苔及牙龈红肿出血，并评估其程度。

#### 四、适宜人群

吞咽障碍、鼻饲、人工气道、意识障碍、高热、大手术后、口腔疾病、放化疗、使用激素或免疫抑制剂的患者。

## 五、评估







## 六、附表（表 2-1，表 2-2）

表 2-1 口腔清洁度调查表

评估范畴	数值和描述性评级		
	1	2	3
黏膜	湿润、完整	干燥、完整	干燥，黏膜擦破或有溃疡面
牙床	无出血及萎缩	轻度萎缩，出血	牙床有萎缩，容易出血，肿胀
舌	湿润，少量舌苔	干燥，或有中量舌苔	干燥或湿润有大量舌苔，或覆盖黄黑色舌苔
气味	无味或有味	有难闻气味	有刺鼻气味
牙 / 义齿	无白斑，无龋齿，义齿合适	中量白垢，无龋齿或齿间引流，义齿不合适	大量牙垢，有许多空洞，有裂缝，义齿不合适，齿间流脓液
唇	湿润，质软、无裂口	粗糙、干燥有少量痂皮有裂口，有出血倾向	干燥，有裂口，有大量痂皮，有分泌物，易出血
义齿合适	中量白垢，无龋齿或齿间引流，义齿不合适	大量牙垢，有许多空洞，有裂缝，义齿不合适，齿间流脓液	干燥或湿润有大量碎屑
唇	湿润，质软、无裂	少量或过多量	半透明或黏稠
损伤（增生溃疡）	无	唇有损伤	口腔内有损伤
腭	湿润无或有少量碎屑	干燥有少量或中量碎屑	干燥或湿润有大量碎屑

分数合计

注：1 属优等，3 属劣等，所有项目均要计分，分值为 12~36 分。连续观察与计分，分值越高，口腔清洁度越差，越需加强口腔护理。12 分为口腔情况正常，13~24 分为口腔情况轻度缺陷，25~36 分为口腔情况中度缺陷

表 2-2 常用漱口溶液及作用

溶液名称	作用
0.9% 氯化钠溶液	清洁口腔，预防感染
复方硼砂溶液（朵贝尔液）	轻微抑菌，除臭
0.02% 呋喃西林溶液	清洁口腔，广谱抗菌
2%~3% 硼酸溶液	抑菌
0.1% 醋酸溶液	用于铜绿假单胞菌感染
1%~3% 过氧化氢溶液	抗菌除臭
1%~4% 碳酸氢钠溶液	用于真菌、厌氧菌感染
0.01% 氯己定（洗必泰）	清洁口腔，广谱抗菌
中药漱口液（金银花，一枝黄花，野菊花等）	清热，解毒，消肿，止血，抗菌

## 七、注意事项

1. 对于口腔及气道分泌物多的患者，进行口腔卫生评估前建议先行吸痰，以免发生误吸。
2. 评估应全面、不遗漏。应动态评估，观察口腔问题有无改善。
3. 动作宜轻柔，以免造成黏膜损伤。
4. 若患者因口腔或邻近口腔的治疗、手术等戴有特殊装置或管道，应注意评估其佩戴状况对口腔功能的影响以及是否存在危险因素。

## 第二节 反复唾液吞咽测试

### 一、目的

通过观察在 30s 内患者的吞咽启动时间、吞咽的次数和喉上抬的幅度来判断患者的吞咽反射诱发功能。

### 二、权责

1. 护士：通过指导患者做吞咽动作，判断患者的吞咽反射诱发功能；向患者做好相关知识的宣教和讲解配合事项。
2. 患者：配合操作过程，了解反复唾液吞咽测试的目的和意义。

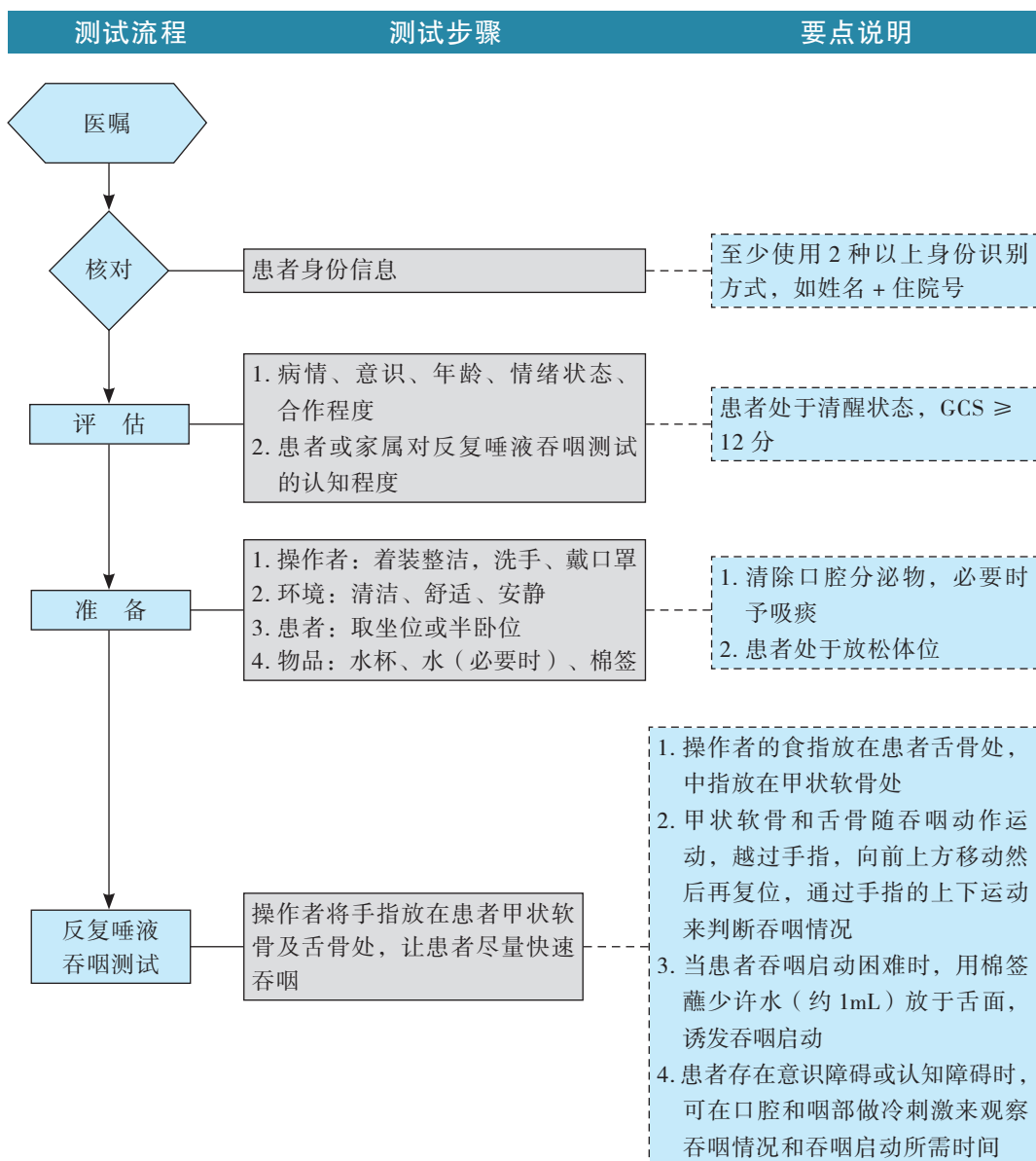
### 三、定义

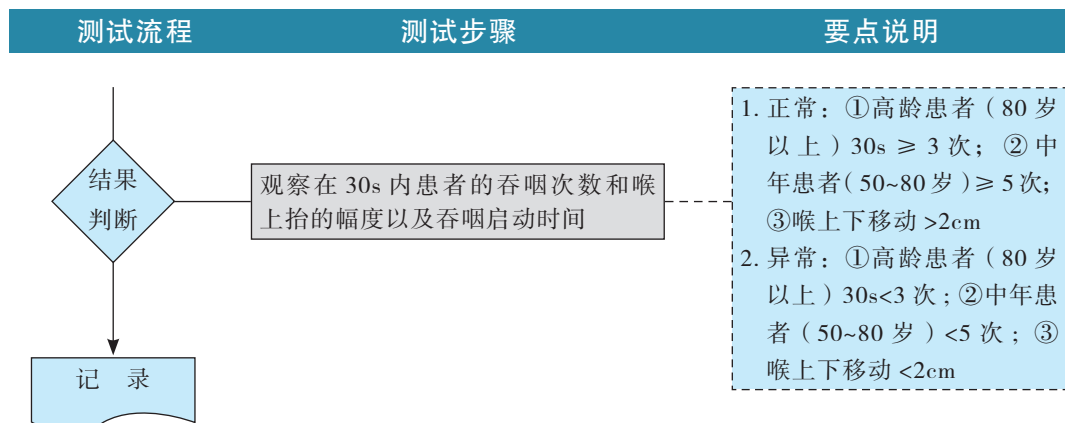
反复唾液吞咽测试（repetitive saliva swallowing test, PSST）是使患者取舒适体位，嘱其尽量快速反复吞咽，观察其 30s 内吞咽的次数。该方法是由日本学者才藤荣一在 1996 年提出的，是简单、快速、安全的评定吞咽反射诱发功能的方法。

### 四、适宜人群

通过症状筛查疑有吞咽障碍的患者。

### 五、测试





注：GSC 为格拉斯哥昏迷评分法，见第二章第七节

## 六、注意事项

1. 注意要在患者精神状态最佳的情况下进行测试，避免在患者疲劳时进行测试。
2. 注意保持周围环境安静，以免分散患者的注意力，影响测试结果。

## 第三节 改良洼田饮水试验

### 一、目的

通过饮水来筛查患者是否存在吞咽障碍及其程度。

### 二、权责

1. 护士：向患者做好洼田饮水试验的健康教育。
2. 患者：知晓洼田饮水试验的配合与注意事项。

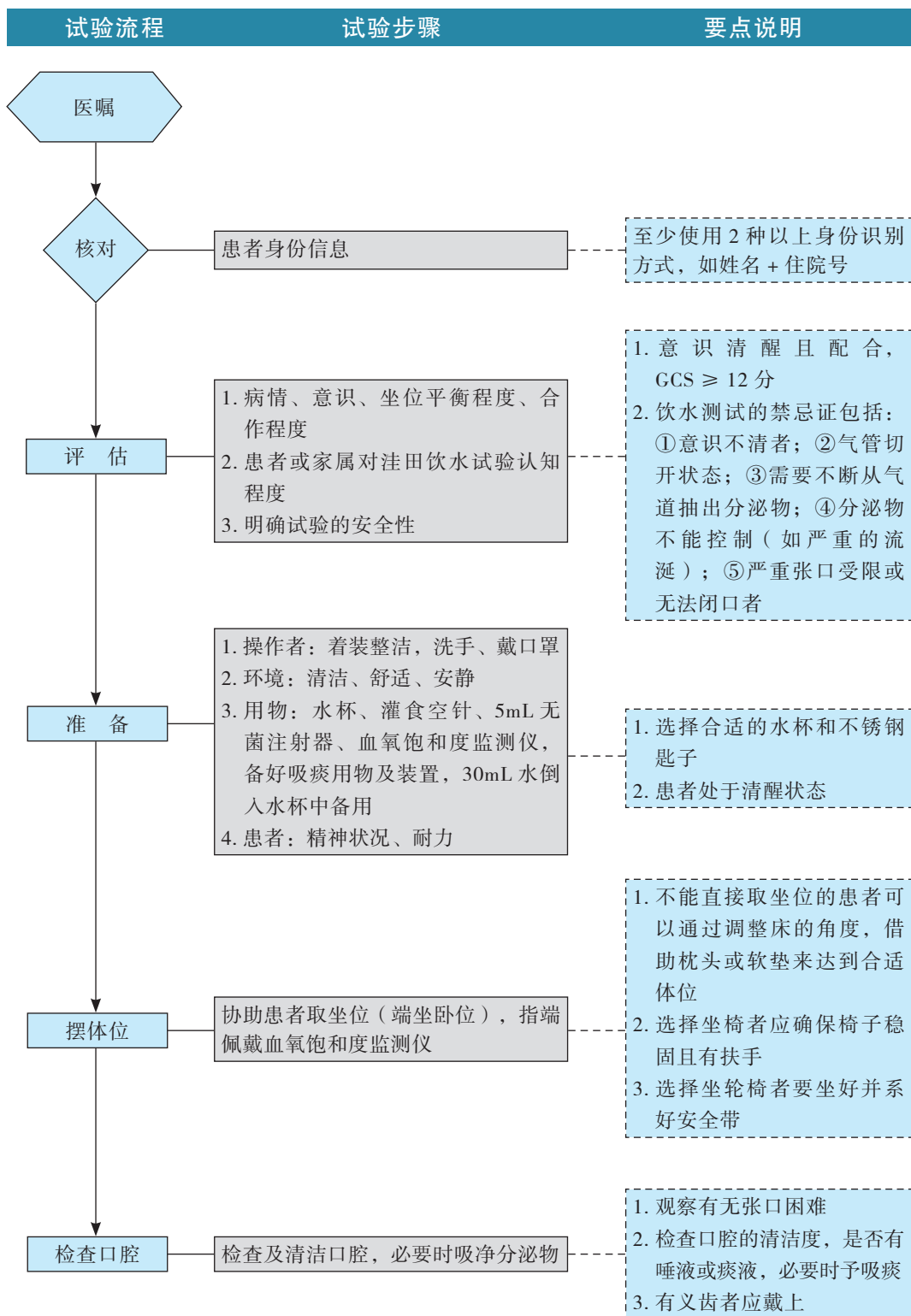
### 三、定义

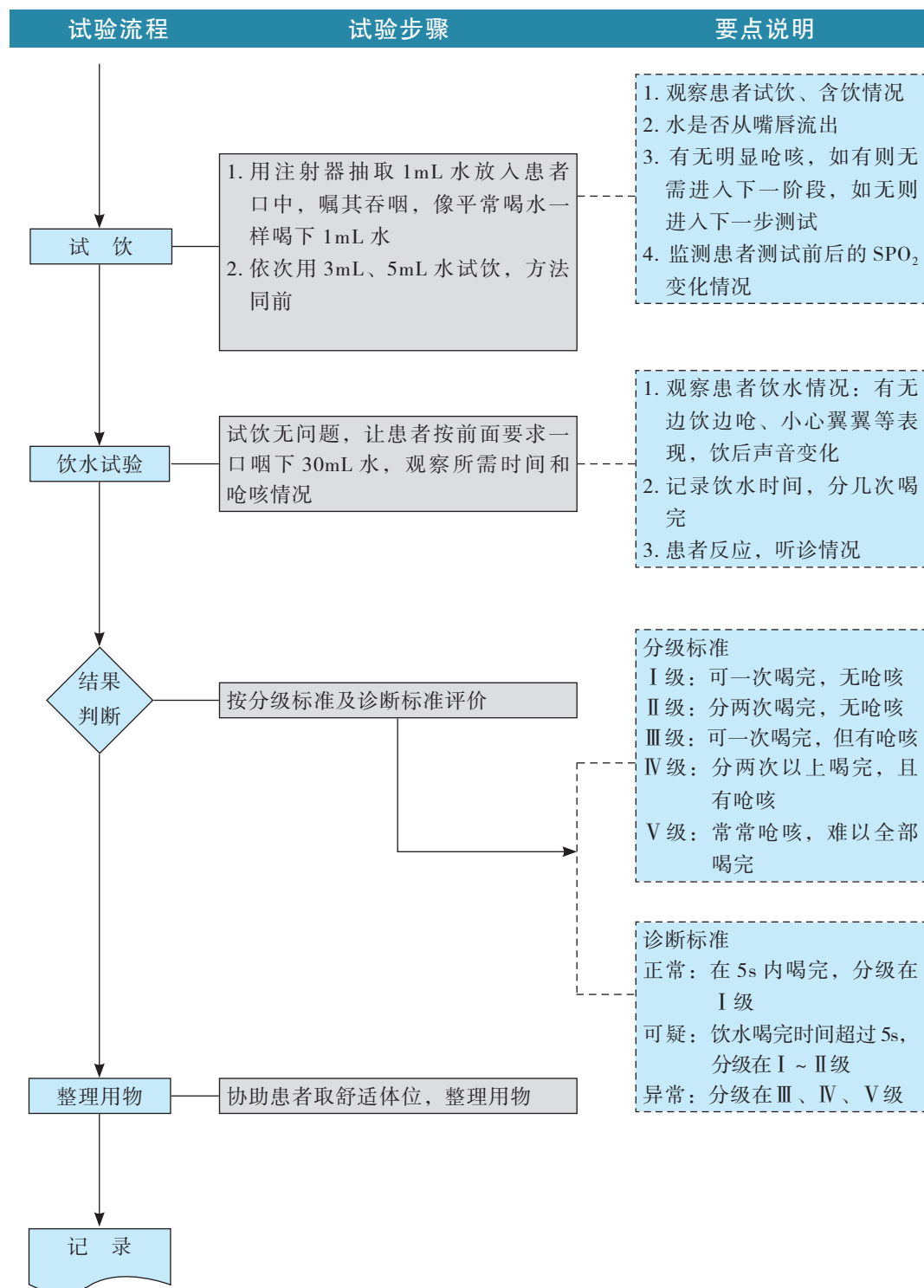
洼田饮水试验（water swallowing test）由日本学者洼田俊夫在 1982 年设计提出的方法，先让患者单次分别喝下 1mL、3mL、5mL 水，如无问题，再让患者像平常一样喝下 30mL 水，通过观察和记录饮水时间、有无呛咳、饮水状态等来判断患者是否有吞咽障碍及其程度。本处采用的是改良洼田饮水试验，主要区别在于考虑到中国人群的特点，以及对减少误吸等安全方面的因素进行了调整。

### 四、适宜人群

通过症状筛查及反复唾液吞咽测试阳性的吞咽障碍患者。

## 五、试验





## 六、注意事项

1. 要求患者意识清醒并能按指令完成测试。
2. 针对容易紧张的患者，无需告诉其正在测试，以免其紧张。
3. 测试时观察要仔细，饮水量及时间记录要准确。
4. 对于呛咳明显的患者，协助患者将误吸的水咳出来。

## 第四节 摄食评估

### 一、目的

1. 判断患者吞咽功能障碍的程度。
2. 依据判断结果，明确患者进食的食物性状。

### 二、权责

1. 护士：向患者讲解吞糊试验的目的、方法并做好宣教。
2. 患者：配合操作过程，了解吞糊试验的作用及注意事项。

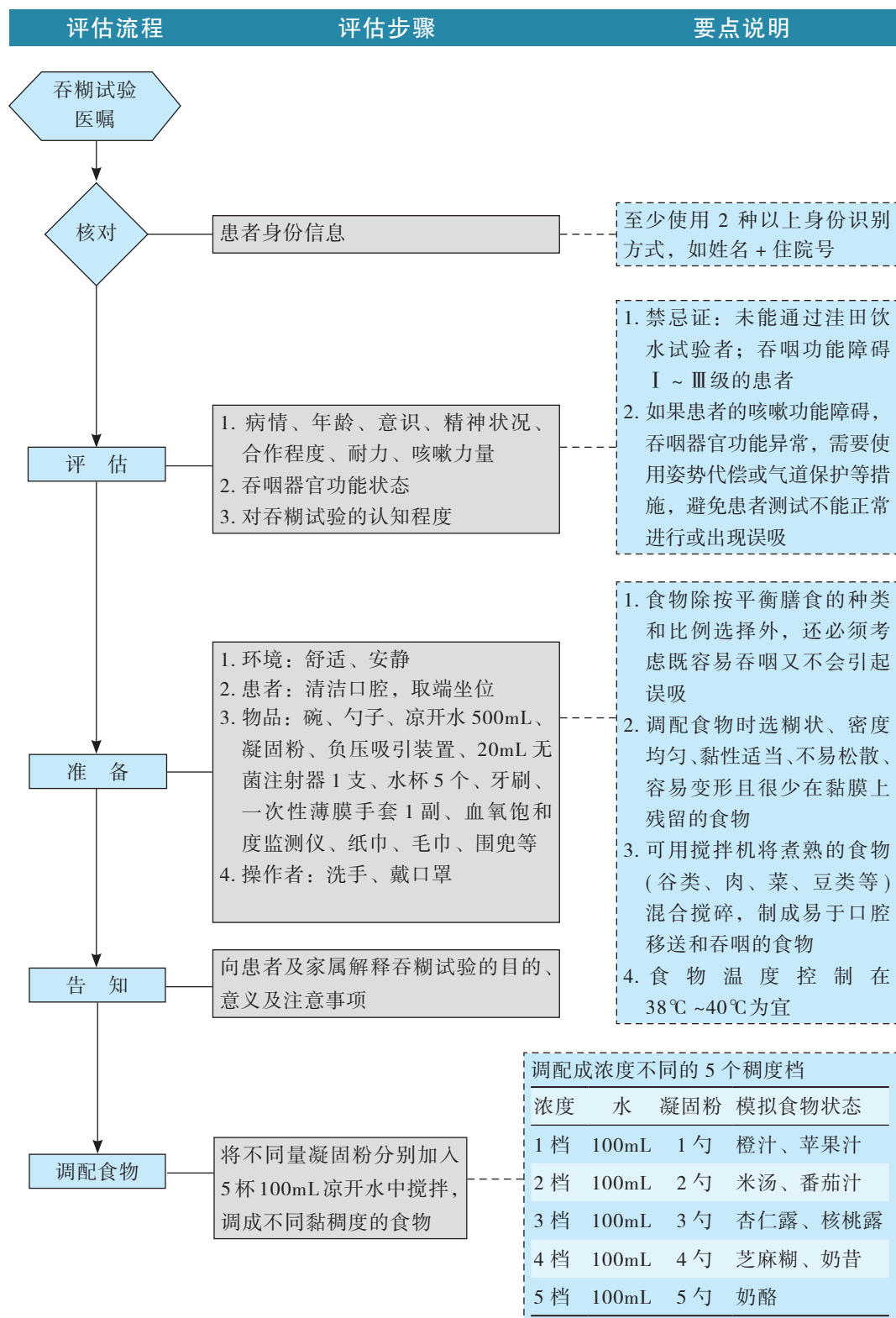
### 三、定义

摄食评估（oral intake assessment）是指通过给患者试喂不同黏稠度的食物，根据其临床表现，判断患者的吞咽功能及明确患者进食性状的评估方法。

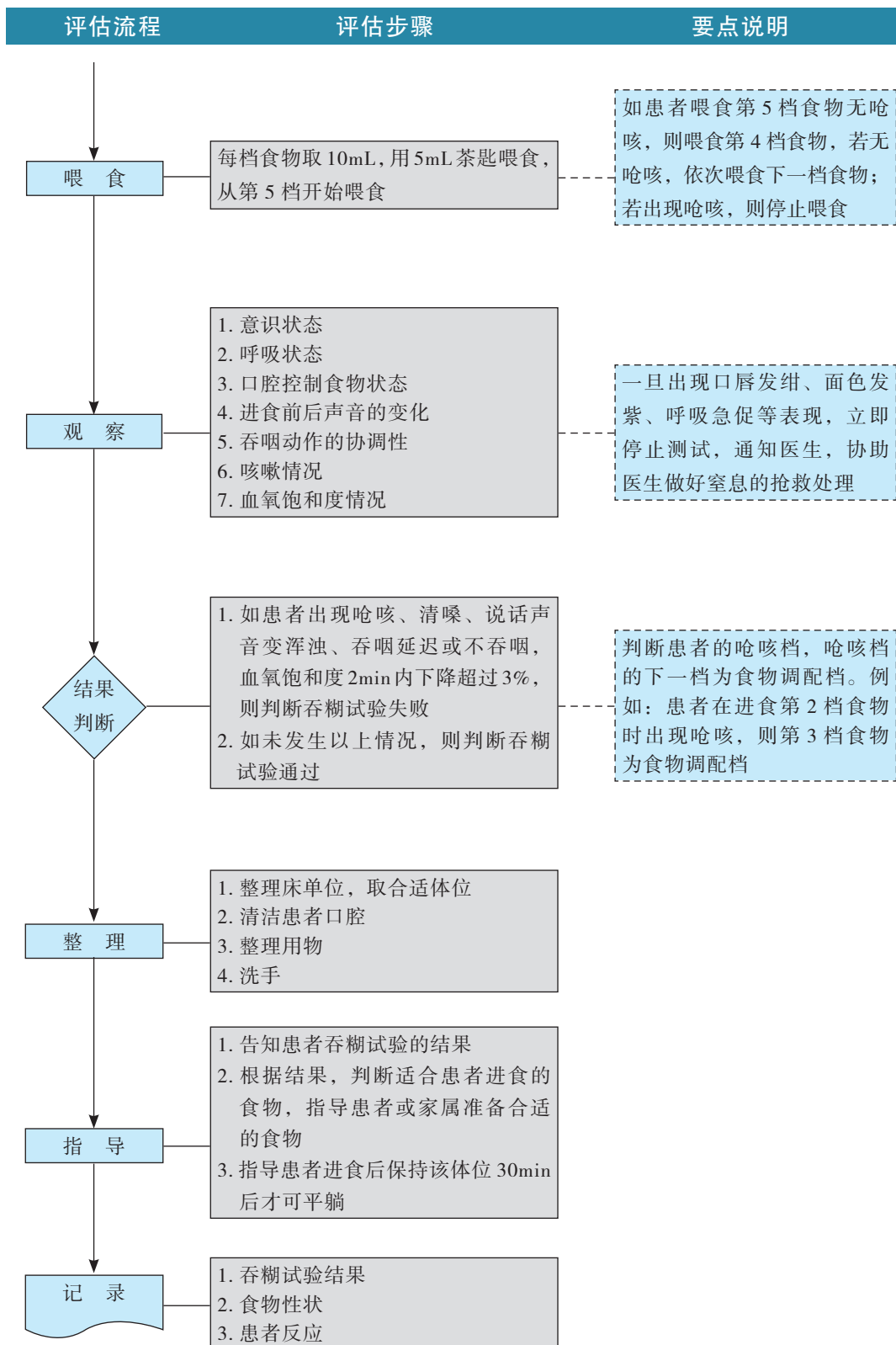
### 四、适宜人群

通过改良洼田饮水试验评定吞咽障碍为Ⅳ级以上的患者。

## 五、评估







## 六、窒息

1. 原因：当食物堵塞在呼吸道或喉咽造成气流受阻时，会发生窒息。

2. 临床表现：呼吸困难，或呼吸带有杂声，像被人扼住脖子。如当事人不能给出明确指示，还可以通过以下迹象来判断：①不能说话；②欲用力咳嗽而咳嗽不出；③皮肤、嘴唇和指甲发绀；④瞳孔散大，意识丧失；⑤大小便失禁等。

### 3. 急救

海姆利克急救法（Heimlich's emergency）：意识尚清醒的患者可采用立位或坐位，抢救者站在身后，双臂环抱患者，一手握拳，使拇指掌关节突出点顶住患者腹部正中脐上部位，另一只手的手掌压在拳头上，连续快速向内、向上推压冲击6~10次，直至异物被排出。昏迷倒地的患者采取仰卧位，抢救者骑跨在患者髋部，按上法推压冲击脐上部位。如果无效，隔几秒钟后，可重复操作一次，造成人为的咳嗽，将堵塞的食物团块冲出呼吸道（图2-1）。



昏迷者的海姆利克手法示意图

图 2-1 海姆利克急救法示意图

## 第五节 日常生活活动能力评估

### 一、目的

确定患者能否独立生活及独立的程度、明确护理协助内容，制订和修订治疗计划、评定治疗效果、安排返家或就业。

### 二、权责

1. 护士：运用日常生活活动能力评定量表（Barthel 指数量表）评估患者生活活动自理能力和功能性移动能力；向患者做好相关知识的健康教育和配合事项宣讲。
2. 患者：配合操作过程，了解评估的目的和意义。

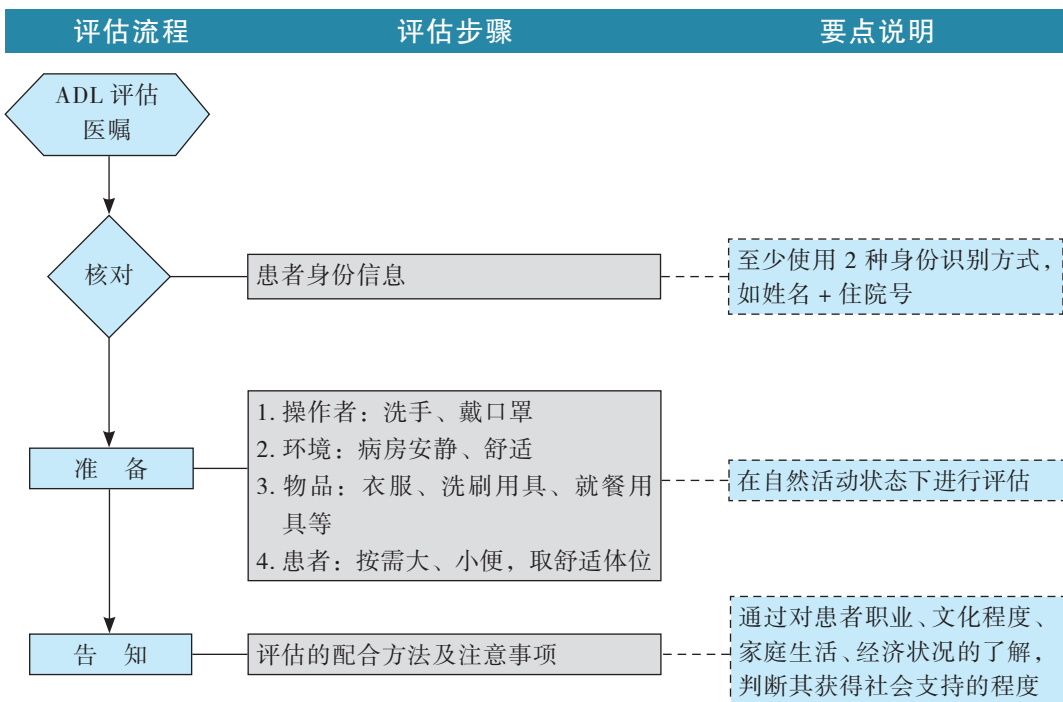
### 三、定义

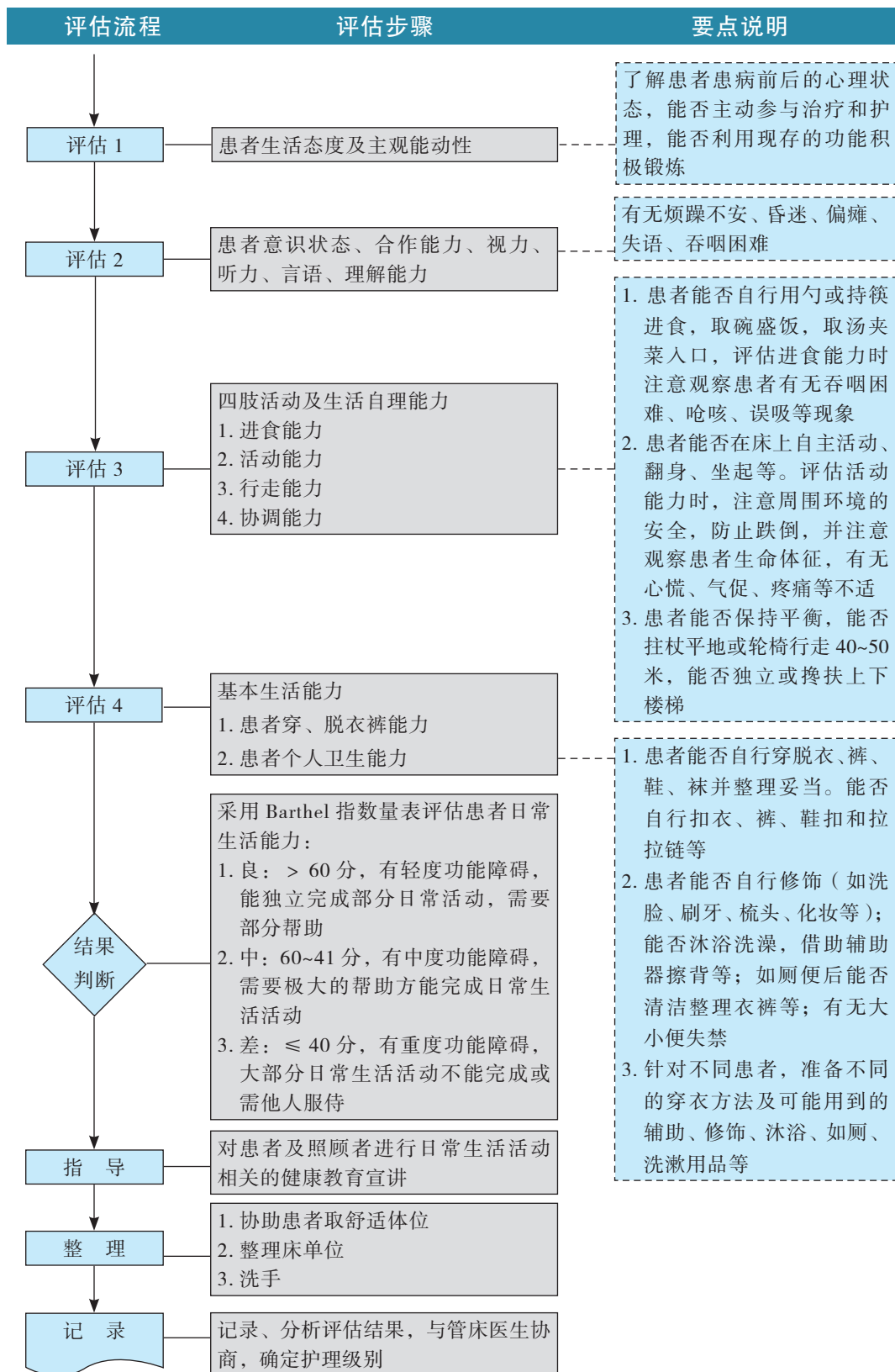
日常生活活动能力（activities of daily living, ADL）是指人为了独立生活而每日必须反复进行的、最基本的、具有共同性的身体动作群，即进行衣、食、住、行、个人卫生等的基本动作和技巧。

### 四、适宜人群

所有新入院患者、病情变化的住院患者。

### 五、评估





## 六、附表（表 2-3）

表 2-3 ADL 评分量表（Barthel 指数量表）

项目	评分	标准	评估日期
大便	0	失禁或昏迷	
	5	偶有失禁（每周 > 1 次）	
	10	控制	
小便	0	失禁或昏迷或需由他人导尿	
	5	偶有失禁（每 24h < 1 次）	
	10	控制	
修饰	0	需要帮助	
	5	自理（洗脸、梳头、刷牙、剃须）	
如厕	0	依赖他人	
	5	需部分帮助	
	10	自理（进出厕所、使用厕纸、穿脱裤子）	
进食	0	较大或完全依赖	
	5	需部分帮助（切面包、抹黄油、夹菜、盛饭）	
	10	全面自理（能进食各种食物，但不包括取饭、做饭）	
转移	0	完全依赖他人，无坐位平衡	
	5	需大量帮助（1~2 人，身体帮助），能坐	
	10	需少量帮助（言语或身体帮助）	
	15	自理	
活动	0	不能步行	
	5	在轮椅上能独立行动	
	10	需 1 人帮助步行（言语或身体帮助）	
	15	独立步行（可用辅助器，在家附近）	
穿衣	0	依赖他人	
	5	需一半帮助	
	10	自理（自己系、解纽扣，关、开拉链和穿鞋）	
上下楼梯	0	不能	
	5	需帮助（言语、身体、手杖帮助）	
	10	独立上下楼梯	
洗澡	0	依赖	
	5	自理（无指导能进出浴室并自理洗澡）	
总得分			
评估人			

评分结果：满分为 100 分。< 20 分为极严重功能缺陷，生活完全需要依赖；20~40 分为生活需要很大帮助；40~60 分为生活需要帮助；> 60 分为生活基本自理；Barthel 指数量表得分 40 分以上者康复治疗的效益最大

## 七、注意事项

1. 评定患者的实际生活自理能力。
2. 熟悉评定量表的评定细节。
3. 在实际或接近于实际环境中评定。

## 第六节 营养风险筛查

### 一、目的

1. 识别患者是否存在营养不良或是否有营养不良的风险。
2. 为临床护理及营养干预提供依据。

### 二、权责

1. 护士：遵循评估原则，识别患者存在的营养不良风险，准确分析营养风险的原因，根据评估结果制订护理计划。
2. 患者：知晓并同意参与，配合问答过程，知晓营养风险筛查的意义。

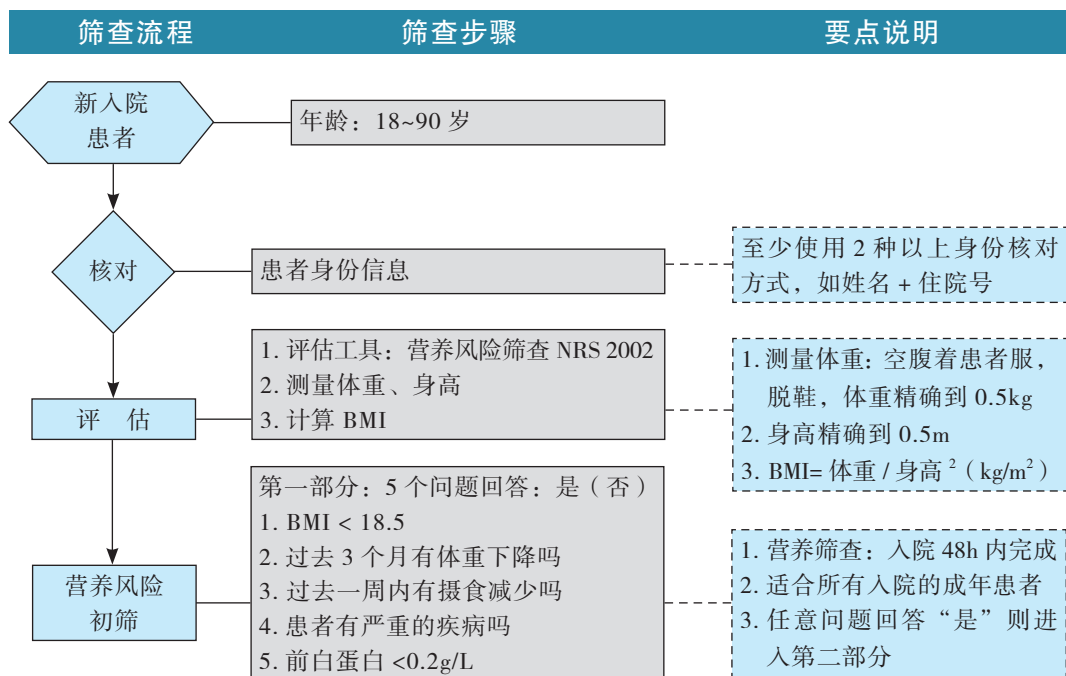
### 三、定义

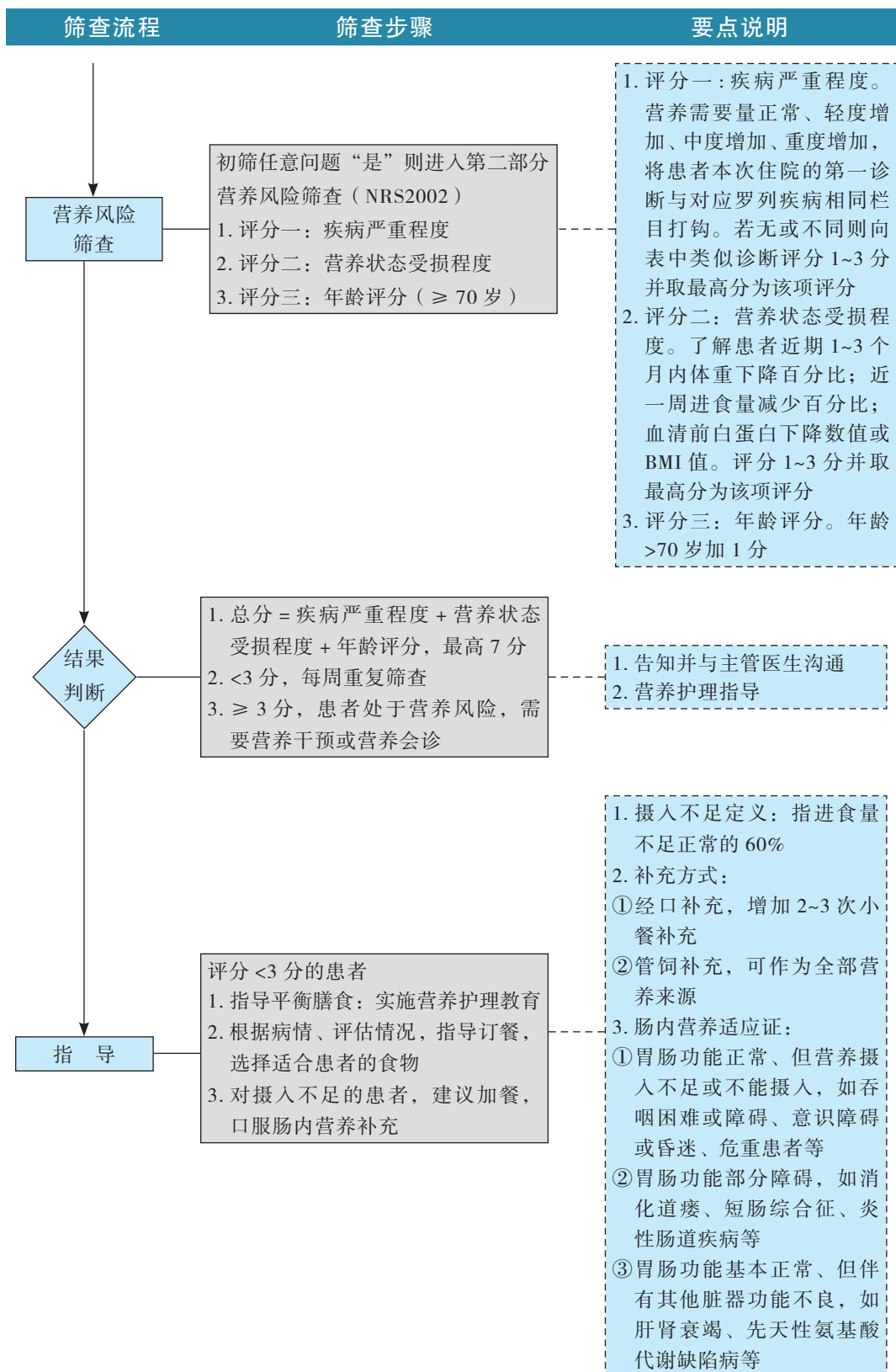
营养风险筛查（nutrition risk screening）是指由医护人员应用 NRS2002 量表（表 2-4）判定患者是否存在营养风险的简便筛查方法，以便进一步确定营养咨询和评价的实施。

### 四、适宜人群

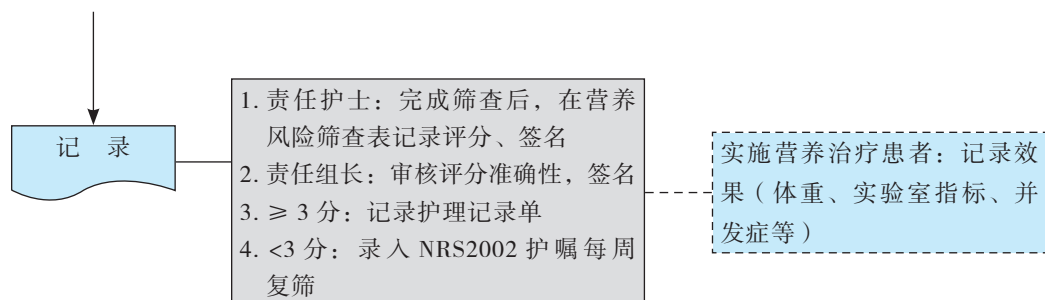
新入院（18~90 岁）患者及病情变化的住院患者。

### 五、筛查





筛查流程	筛查步骤	要点说明
------	------	------



## 六、附表（表 2-4）

表 2-4 住院患者营养风险筛查 2002 (NRS2002 量表)

床号:	姓名:	性别:	年龄:	登记号:
<b>第一部分 首次营养监测</b>				
监测指标		选择性回答 (在“□”打钩)		
1. BMI<18.5 (kg/m <sup>2</sup> )		是□	否□	
2. 患者在过去 3 个月有体重下降吗?		是□	否□	
3. 患者在过去一周内有摄食减少吗?		是□	否□	
4. 患者有严重的疾病吗? (如 ICU 治疗)		是□	否□	
任意一问题回答“是”, 则直接进入第二部分				
如果所有的问题回答“否”, 应每周重复调查 1 次				
<b>第二部分 营养风险筛查 (NRS2002)</b>				
评分一: 疾病严重程度 (在“□”打钩)				分值
营养需要量正常□				0
需要量轻度提高: 糖尿病□ 髋关节骨折□ 慢性阻塞性肺病□ 血液透析□ 肝硬化□ 一般肿瘤□ 慢性疾病有急性并发症□				1
需要量中度增加: 腹部大手术□ 脑卒中□ 重度肺炎□ 血液恶性肿瘤□				2
需要量明显增加: 颅脑损伤□ 骨髓移植□ ICU 患者□				3
评分二: 营养状态受损程度 (在“□”打钩)				分值
近 3 个月内体重无下降□ 或过去 1 周内进食量无减少□				0
3 个月内体重下降 >5%□ 或过去 1 周内进食量减少 25% ~50%□				1
2 个月内体重下降 >5%□ 或过去 1 周内进食量减少 50% ~75%□				2
BMI<18.5 □ 【BMI = 体重 kg/ 身高 m <sup>2</sup> 】				
1 个月内体重下降 >5%□ 或过去 1 周内进食量减少 75% ~ 100%□				3



续表				
评分三：年龄评分（在“□”打钩）				分值
>70 岁□				1
总分 ≥ 3 分，患者处于营养分险，需要营养护理干预或营养科会诊    总分：_____				
总分 <3 分则每周重复筛查 1 次				
责任护士：	记录日期：	年	月	日
审核人：	审核日期：	年	月	日

## 第七节 意识状态评估

### 一、目的

1. 评估患者对周围环境和自身状态的认知和觉察能力。
2. 及时发现意识障碍，为治疗和护理提供可靠的依据。

### 二、权责

1. 护士：正确评估患者的意识状态。
2. 患者：配合护理人员进行意识状态评估，知晓意识状态评估的注意事项。

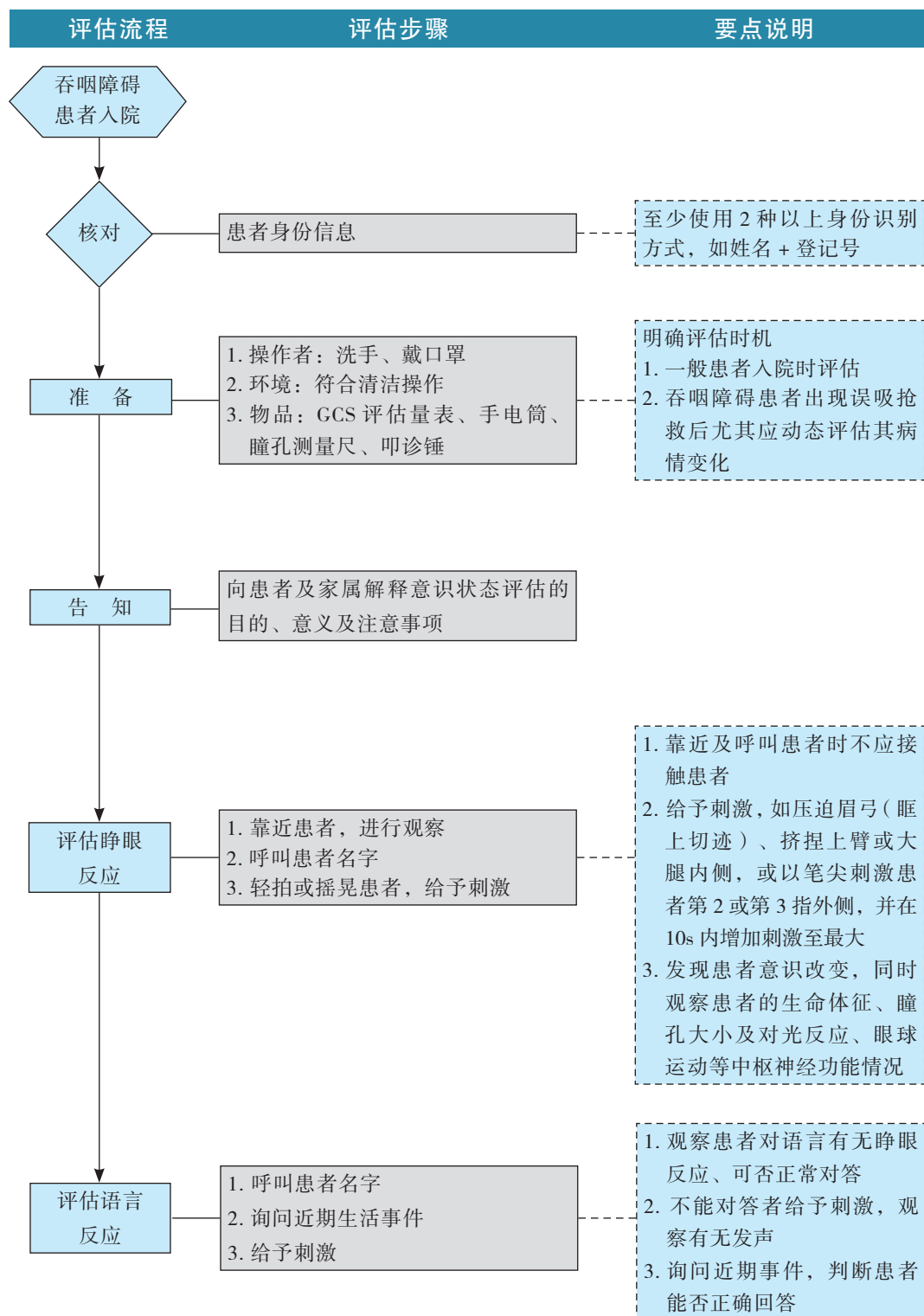
### 三、定义

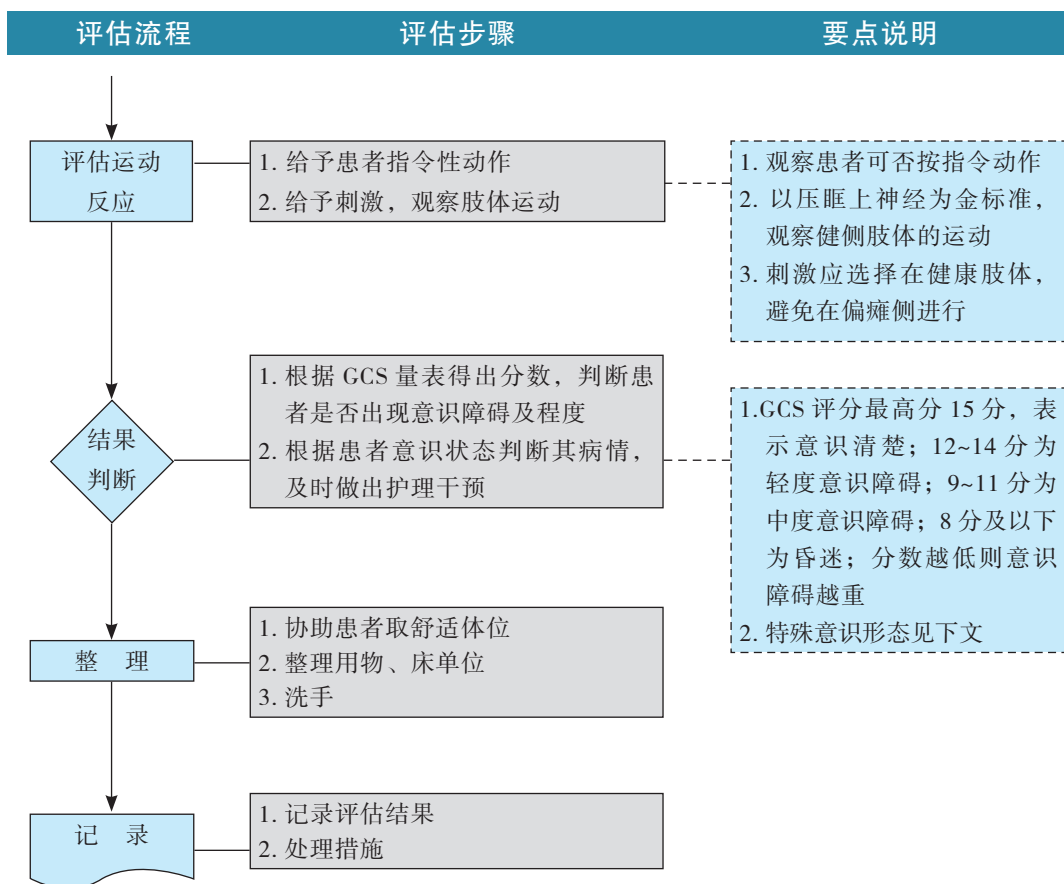
意识（consciousness）是大脑功能活动的综合表现，即个体对自身状态和周围环境的感知状态，以及认知、思维、情感、记忆、意志等心理和精神活动。意识状态评估就是使用 Glasgow 昏迷评分法（Glasgow coma scale，GCS）评估患者是否觉醒及其言语和行为反应，判断意识正常或意识障碍及其程度。

### 四、适宜人群

吞咽障碍患者、中毒、颅脑损伤、脑血管疾病、心肺复苏前后、手术后、使用麻醉镇静类等特殊药物的患者，或出现病情变化的患者。

## 五、评估





## 六、GCS 昏迷评分及意识障碍类型

### （一）GCS 昏迷评分表（表 2-5）

表 2-5 GCS 昏迷评分表

睁眼反应（E, eye opening）

4 分	自然睁眼	靠近患者时，能自主睁眼，检查者不应说话、接触患者
3 分	呼唤睁眼	正常音量呼叫患者，或高音量呼叫，不能接触患者
2 分	刺痛睁眼	先轻拍或摇晃患者，无反应后予强烈刺激，如：以笔尖刺激患者第 2 或第 3 指外侧，并在 10s 内增加刺激至最大，强刺激睁眼评 2 分。若仅皱眉、闭眼、痛苦表情，不能评 2 分
1 分	对刺激无反应	
C 分	眼肿、骨折等不能睁眼	以“C”表示

## 语言反应 (V, verbal response)

5 分	回答正确	定向能力正确, 清晰表达自己名字、居住城市或当前所在地、当年年份和月份
4 分	可应答, 但答非所问	定向能力障碍, 回答与所问相关, 但有答错情况
3 分	可说出单字	不能进行对话, 回答与所问不相关, 只能说简短句或单个字
2 分	可发出声音	对疼痛刺激仅能发出无意义叫声, 无法辨别所说内容
1 分	无任何反应	
T 分	气管插管或切开	以 “T” (tube) 表示
D 分	平素有言语障碍史	以 “D” (dysphasic) 表示

## 肢体运动 (M, motor response)

6 分	遵嘱活动	按指令完成 2 次不同的动作
5 分	刺痛定位	疼痛刺激时, 患者能移动肢体尝试去除刺激。以压眶上神经为金标准, 观察健侧肢体的运动
4 分	对疼痛刺激有反应, 肢体能回缩	躲避刺痛
3 分	对疼痛刺激有反应, 肢体会弯曲	呈 “去皮质强直” 姿势: 上肢屈曲, 内收内旋, 下肢伸直, 内收内旋, 踝趾屈
2 分	对疼痛刺激有反应, 肢体会伸直	呈 “去脑强直” 姿势: 上肢伸直, 内收内旋, 腕指屈曲, 下肢伸直, 内收内旋, 踝趾屈
1 分	无任何反应	

昏迷程度判定: 最高分 15 分, 表示意识清楚; 12~14 分为轻度意识障碍; 9~11 分为中度意识障碍; 8 分及以下为昏迷; 分数越低则意识障碍越重。以最好反应计分。注意运动评分左右侧可能不同, 以较高的分数进行评分

记录方式: E\_V\_M\_, 字母中间用数字表示。如 E3V3M5 = GCS11。无论是否报告总分, 报告每项的分数更为重要

## (二) 意识障碍类型

1. 嗜睡: 持续睡眠状态, 可被唤醒并能正确回答和做出各种反应, 但当刺激去除后又很快入睡。嗜睡是意识障碍的早期表现, 应引起注意。

2. 意识模糊: 意识清晰度显著下降, 精神活动迟缓, 对疼痛刺激反应迟钝, 对周围人、事、物有反应, 但定向力差, 能回答问题, 但不一定准确。

3. 昏睡: 呈深度睡眠状态, 难被唤醒, 需大呼其姓名或以疼痛刺激方式才能唤醒, 醒时答非所问或答话含糊, 很快又进入昏睡状态。患者的反射一般无显著改变 (角膜反射、瞳孔对光反射及吞咽反射)。

4. 昏迷：是重度意识障碍，意识完全丧失。

昏迷按程度可分为两类：

（1）浅昏迷。各反射均存在，给以强烈疼痛刺激（压眶或针刺人中）可出现瞳孔散大及痛苦表情。

（2）深昏迷。对各种强刺激均无反应，瞳孔散大，各反射消失，肌张力降低，只维持呼吸、循环功能。

5. 谵妄状态：不仅有意识障碍，且有动作增加，定向力全部或部分丧失，思维零乱，对周围环境不能正确辨认。常有幻觉，多为视幻觉、听幻觉、触幻觉等。常见于高热、感染、中毒等情况。

6. 去皮质综合征（醒状昏迷或睁眼昏迷）：大脑皮质受损。

临床表现为能无意识睁眼闭眼，光反射、角膜反射存在，对外界刺激无反应，无自发性言语及有目的动作，呈上肢屈曲、下肢伸直姿势（去大脑皮质状态），有觉醒睡眠周期，可有无意识咀嚼和吞咽动作。

7. 无动性缄默征：临床表现为对外界刺激无反应，四肢不能活动，也可呈不典型去大脑皮质状态，可有无目的睁眼或闭眼动作，睡眠觉醒周期可保留或有所改变，伴自主神经功能紊乱。

8. 最小意识状态：临床表现为意识内容受到严重损害，意识清晰度明显降低。出现可重复的但不协调的按吩咐动作，有可被理解的言语，通过可辨别的语言或手语来进行沟通反应，有定位或自主运动反应。只需满足上述 4 个标准中任何一个。

## 七、注意事项

1. 在进行 GCS 评分时，要注意计分反映的是患者的实际情况，评分时快速检查同时记录结果，要注意评判时以最好的反应来计算分值。

2. 给予疼痛刺激应注意：疼痛刺激要由轻到重，避免不必要的痛苦；可以重复刺激，但不可以一次刺激持续时间太长；进行评估疼痛刺激时最好一次完成，避免反复刺激。

3. 睁眼反应评分应注意：持续性植物状态的人能自发睁眼，使评分不能反映其实际病情，但我们只能按看到的进行评分。

4. 患者饮酒后或使用镇静剂时不宜进行 GCS 评定，避免酒精、药物影响评估结果。

## 第八节 感觉功能评估

### 一、目的

1. 评估患者感觉功能。
2. 判断引起感觉变化的原因。
3. 为患者安全护理提供依据。

### 二、权责

1. 护士：正确评估患者的感觉功能。
2. 患者：配合护理人员感觉功能评估过程，知晓感觉功能评估的注意事项。

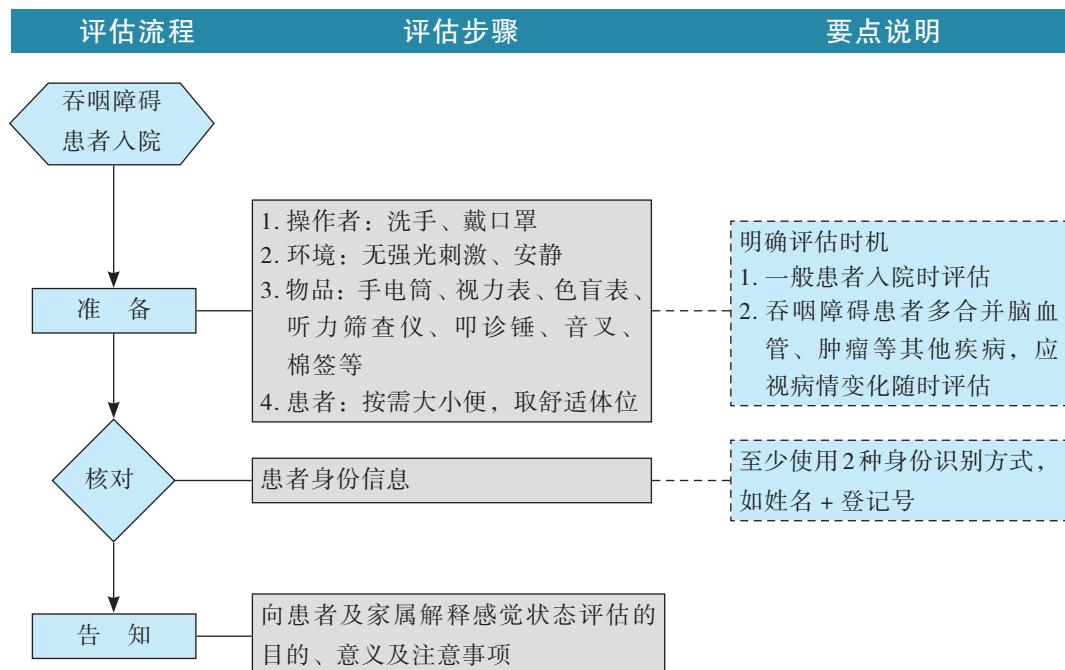
### 三、定义

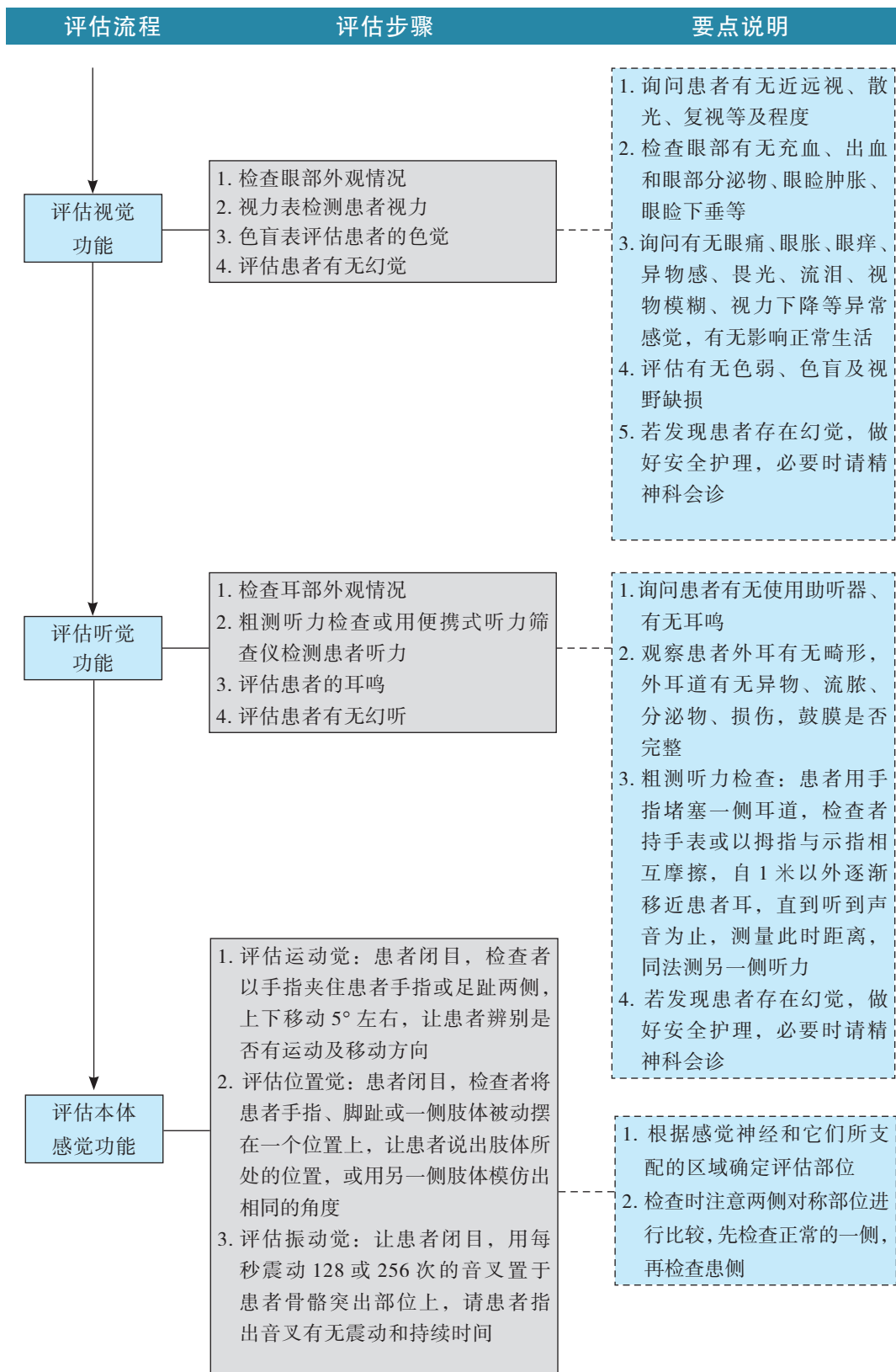
感觉功能（sensory function）评估是用客观的量化的方法准确、有效地评定患者感觉功能障碍的种类、性质、部位、范围、严重程度和预后的评估方法。

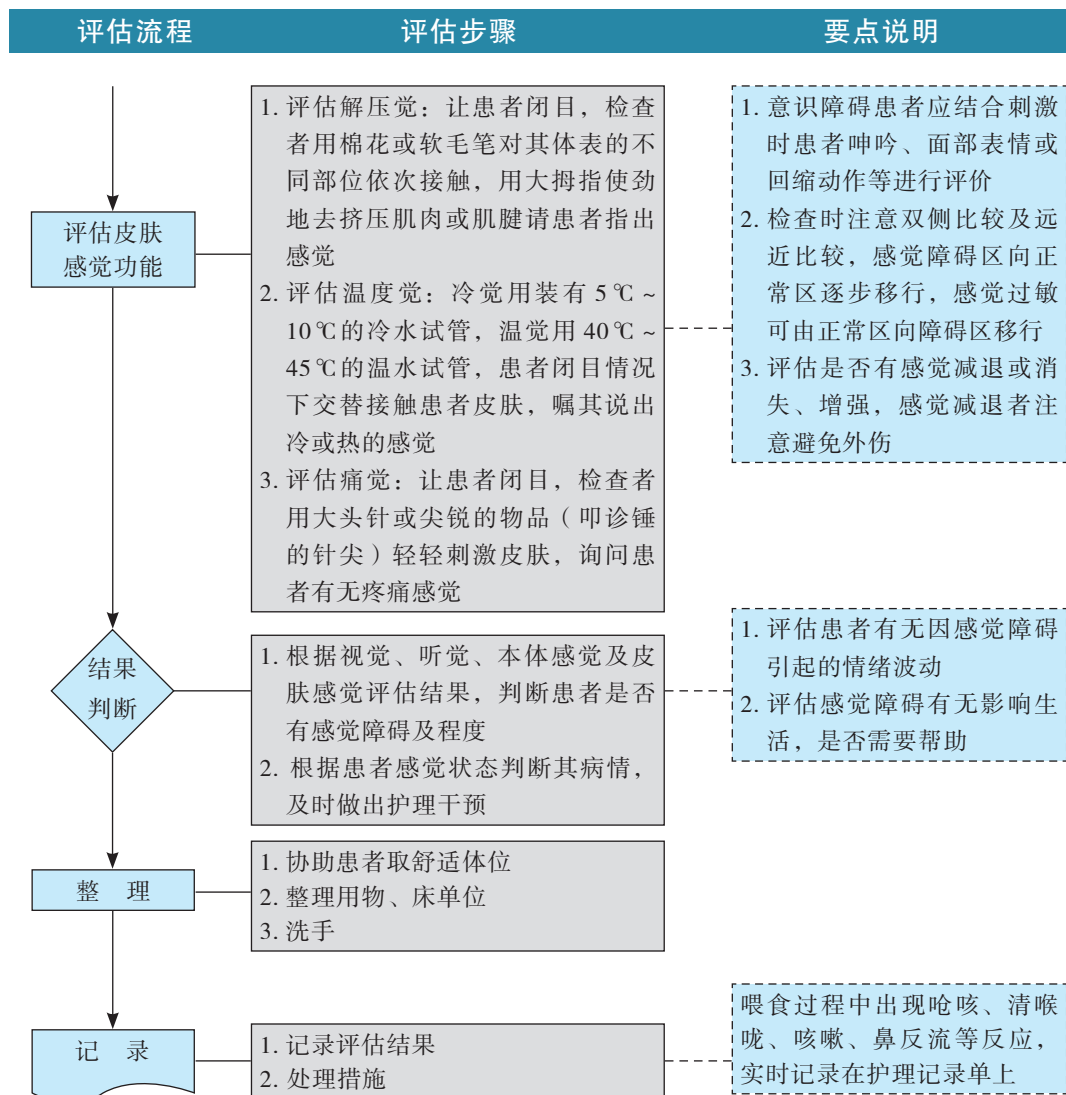
### 四、适宜人群

吞咽障碍患者、老年、眼耳疾患、脑肿瘤压迫、脑血管病或出现病情变化等患者。

### 五、评估







## 六、感觉评定的注意事项

1. 检查者需耐心细致，使患者了解检查方法并充分配合，注意调整患者的注意力。
2. 患者体位合适，检查部位应松弛，以提高检查准确性。
3. 先检查正常的一侧，使患者知道什么是“正常”。然后让患者闭上眼，或用东西遮上。在两个测试之间，请患者睁眼，再告诉新的指令。
4. 先检查浅感觉再查深感觉和皮质感觉。



5. 根据感觉神经支配和分布的皮区去检查。采取左右、前后、远近端对比的原则，必要时多次重复检查。避免任何暗示性问话，以获取准确的临床资料。所给的刺激以不规则的方法由远及近。

6. 建议使用体感觉分布图，先检查整个部位，一旦找到感觉障碍的部位，仔细找出该部位的范围。将检查的结果按感觉的种类、障碍的程度和范围，分别记录在身体感觉分布图上。

## 第九节 呼吸功能评估

### 一、目的

1. 收集和分析患者的呼吸功能数据，为患者制订保持气道通畅和有效通气的护理措施。
2. 通过对咳嗽和排痰能力的评估，判断患者误吸的风险。

### 二、权责

1. 护士：正确全面评估患者的呼吸功能；教会患者如何通过有效咳嗽及时清除痰液及误吸物的技巧。
2. 患者：配合进行评估，知晓身体功能及注意事项。

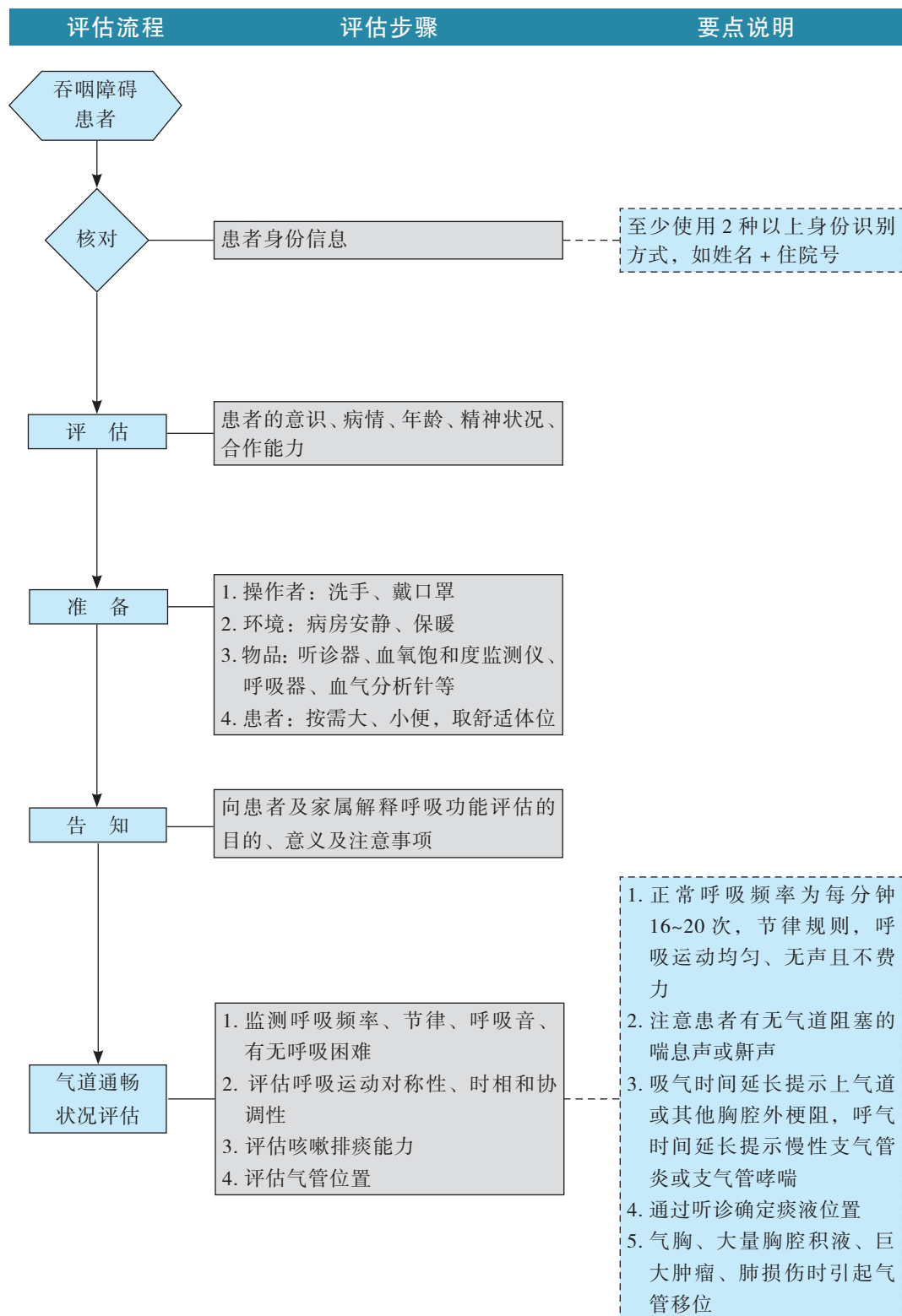
### 三、定义

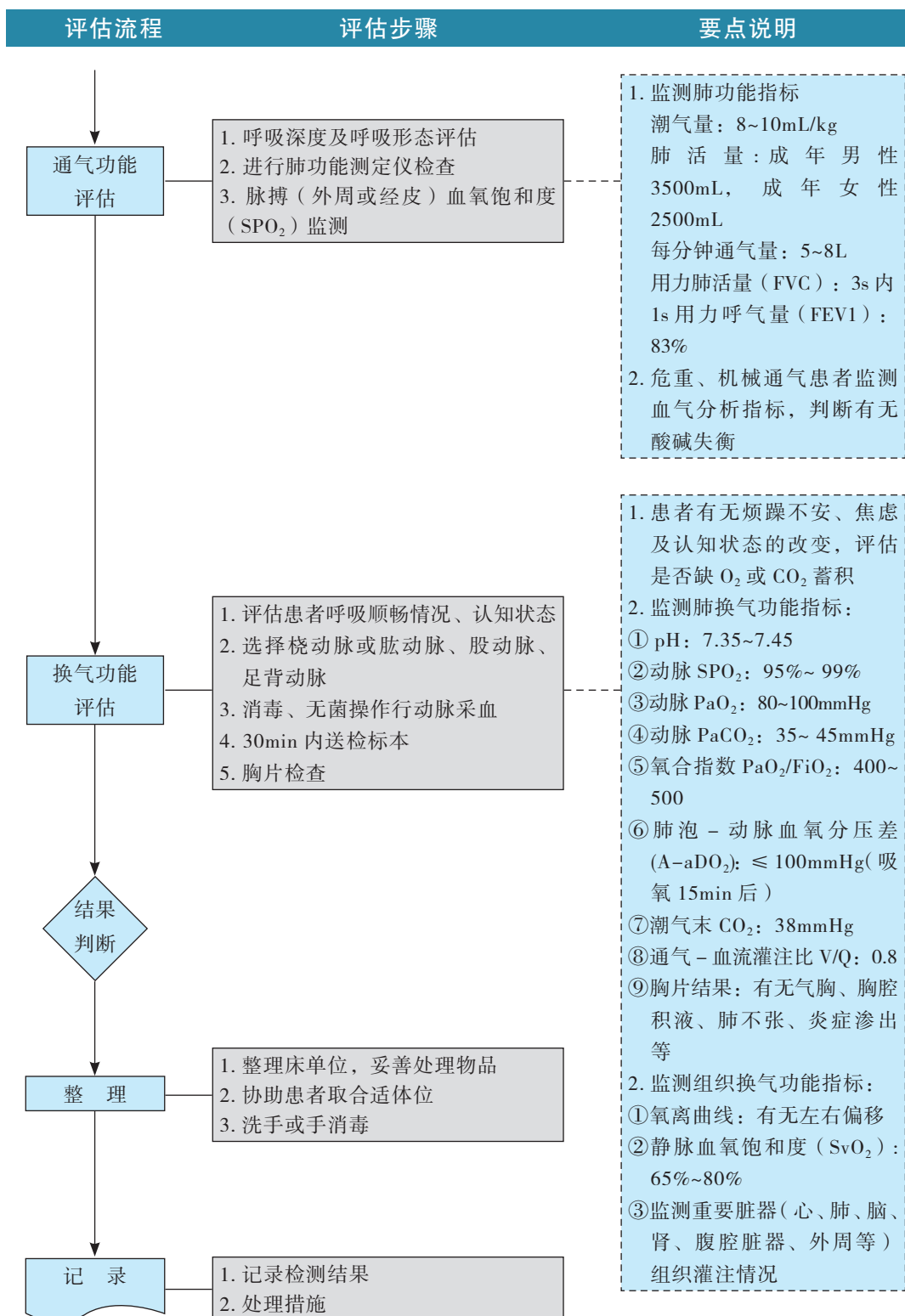
机体在新陈代谢的过程中，需要不断从外界摄取氧气，并把自身产生的二氧化碳排出体外，这种机体与环境之间进行气体交换的过程称为呼吸（respiration）。呼吸功能评估一般通过通气功能、换气功能与气道通畅状况三个方面进行。

### 四、适宜人群

新入院患者以及病情发生变化的住院患者。

## 五、评估





## 六、注意事项

1. 排除影响因素，避免激烈活动、进食后立即进行评估。
2. 患者体位合适，先检查健侧，后检查患侧。自上至下、从内到外比较两侧。
3. 胸部检查按视、触、叩、听的顺序进行。
4. 仪器辅助评估时，注意正确使用，以免造成误差。
5. 血气分析按标准流程操作，及时送检。

# 第十节 排泄功能评估

## 一、目的

1. 收集和分析患者排泄功能数据，为患者制订保持大便通畅的护理措施。
2. 评估排泄功能，避免便秘、腹泻、失禁、尿潴留等的发生。

## 二、权责

1. 护士：正确全面评估患者的排泄功能，根据病情向患者做好有效排便的健康教育。
2. 患者：配合进行评估，知晓身体功能。

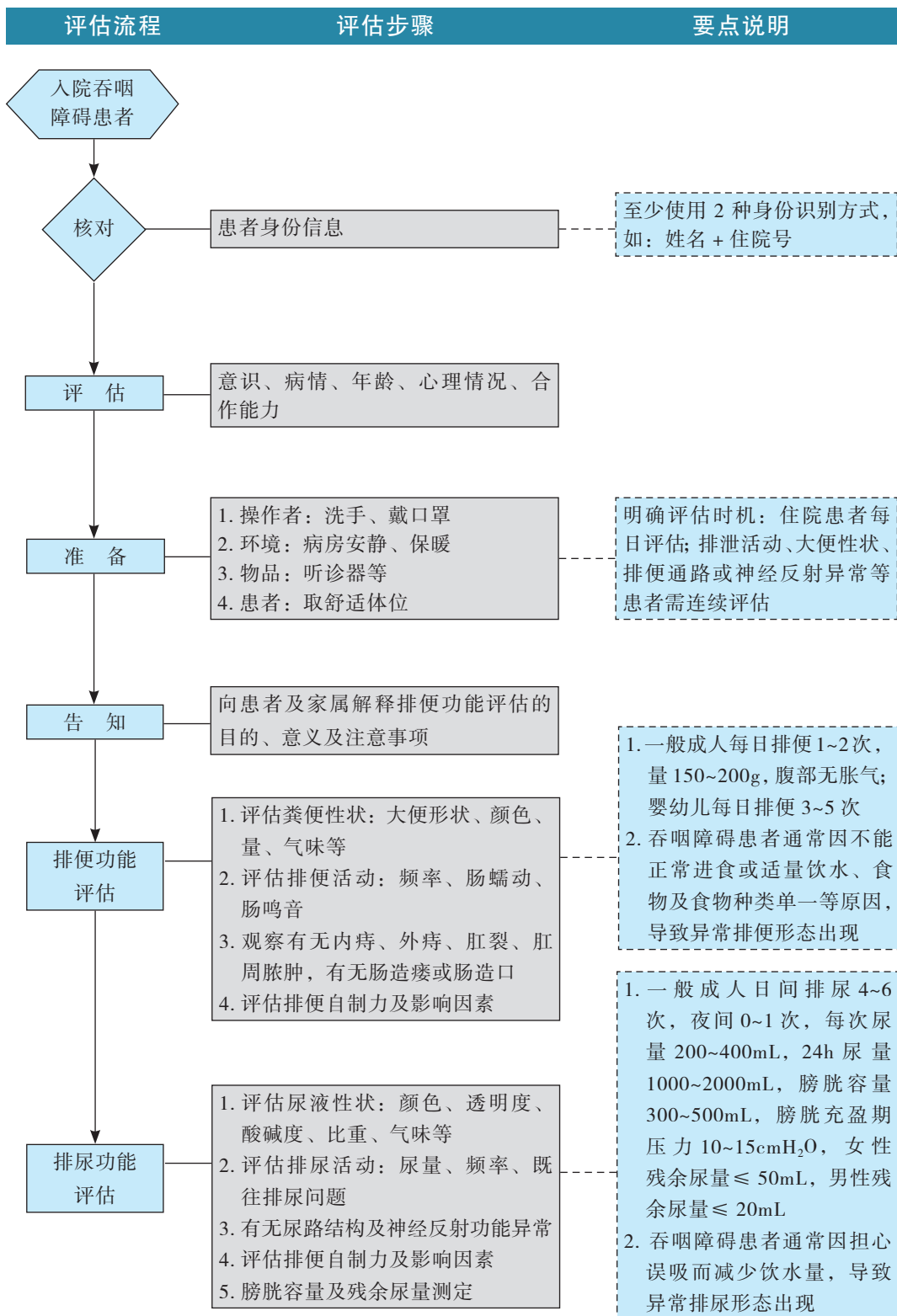
## 三、定义

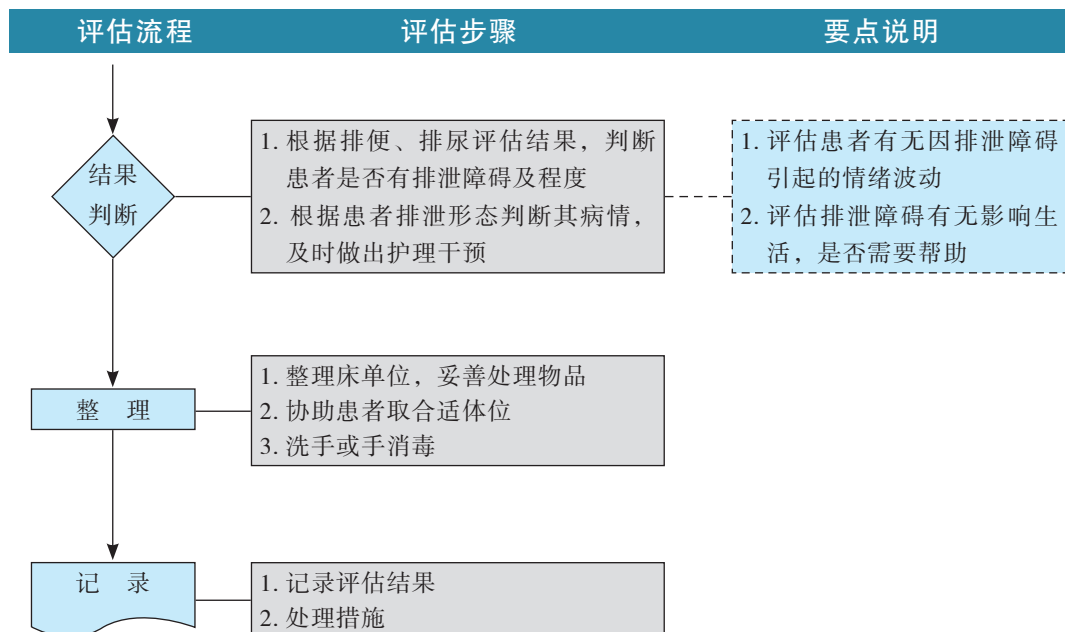
排泄（excretion）包括排便及排尿，排泄功能评估是指收集和分析患者排泄方面的资料，评估其大小便状况，有无便秘、腹泻、失禁、尿潴留等异常排泄形态，为制订患者的护理措施提供依据。

## 四、适宜人群

吞咽障碍、老年、胃肠道疾病、泌尿系疾病、脑血管疾病、脊髓损伤的患者，以及有便秘、腹泻、失禁、尿潴留等出现病情变化的患者。

## 五、评估





## 六、注意事项

1. 排除影响因素，避免激烈活动、进食后立即进行评估。
2. 患者体位合适，注意保护隐私。
3. 腹部检查按视、听、触、叩的顺序进行。
4. 结合检验、检查报告结果判断患者排泄功能。

# 第十一节 深静脉血栓风险评估

## 一、目的

评估患者发生深静脉血栓（deep venous thrombosis, DVT）的风险，根据评估的各项危险因素系数累计分值得出对应的风险等级，为给予临床患者个体化深静脉血栓预防建议措施提供依据。

## 二、权责

1. 护士：动作轻柔，无损伤发生；向患者做好评估过程中配合及 DVT 预防的健康教育。
2. 患者：配合评估过程，了解评估的意义和掌握预防深静脉血栓的个体化措施。

## 三、定义

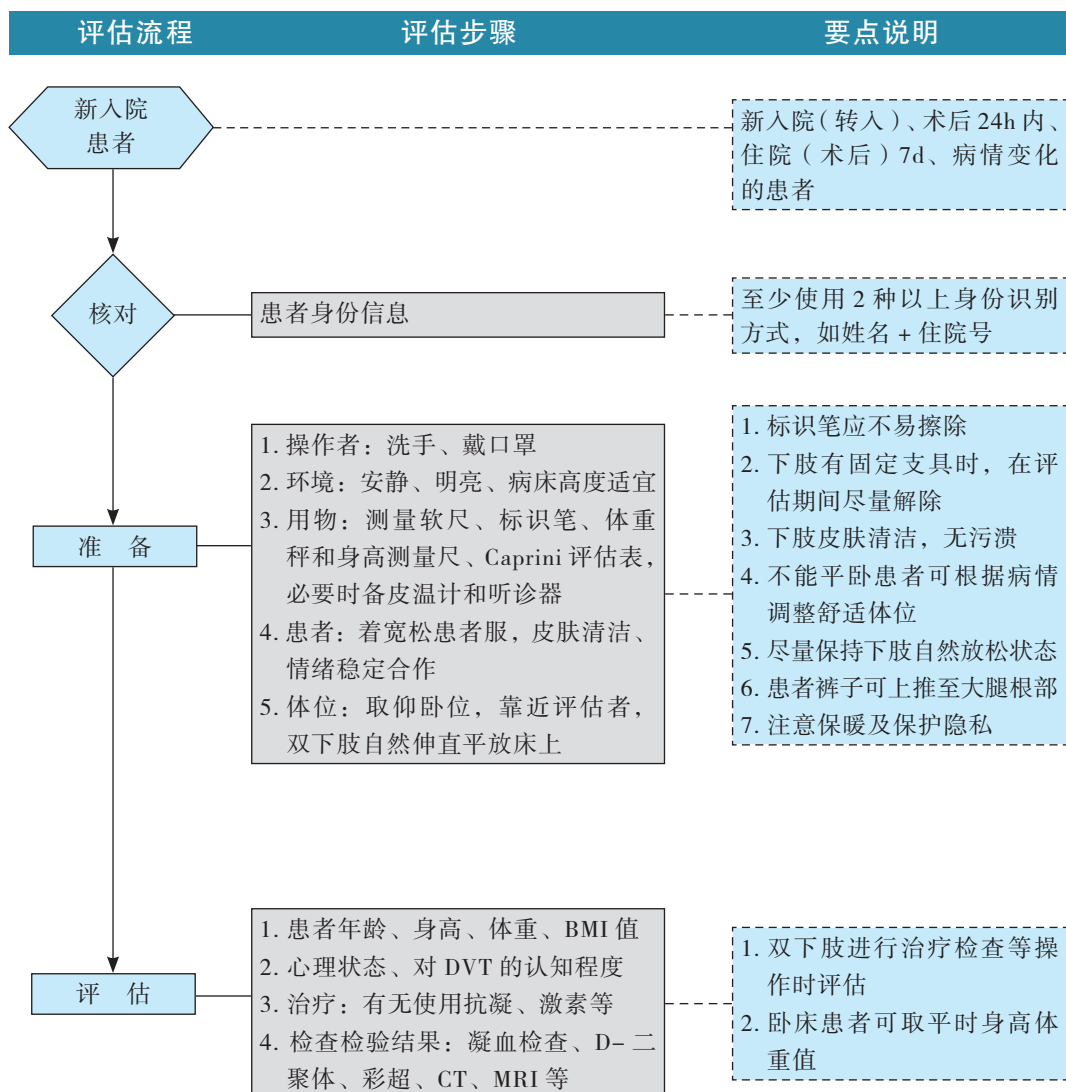
DVT 评估流程是指护士通过使用 Caprini 评估对患者的 DVT 形成危险因素进

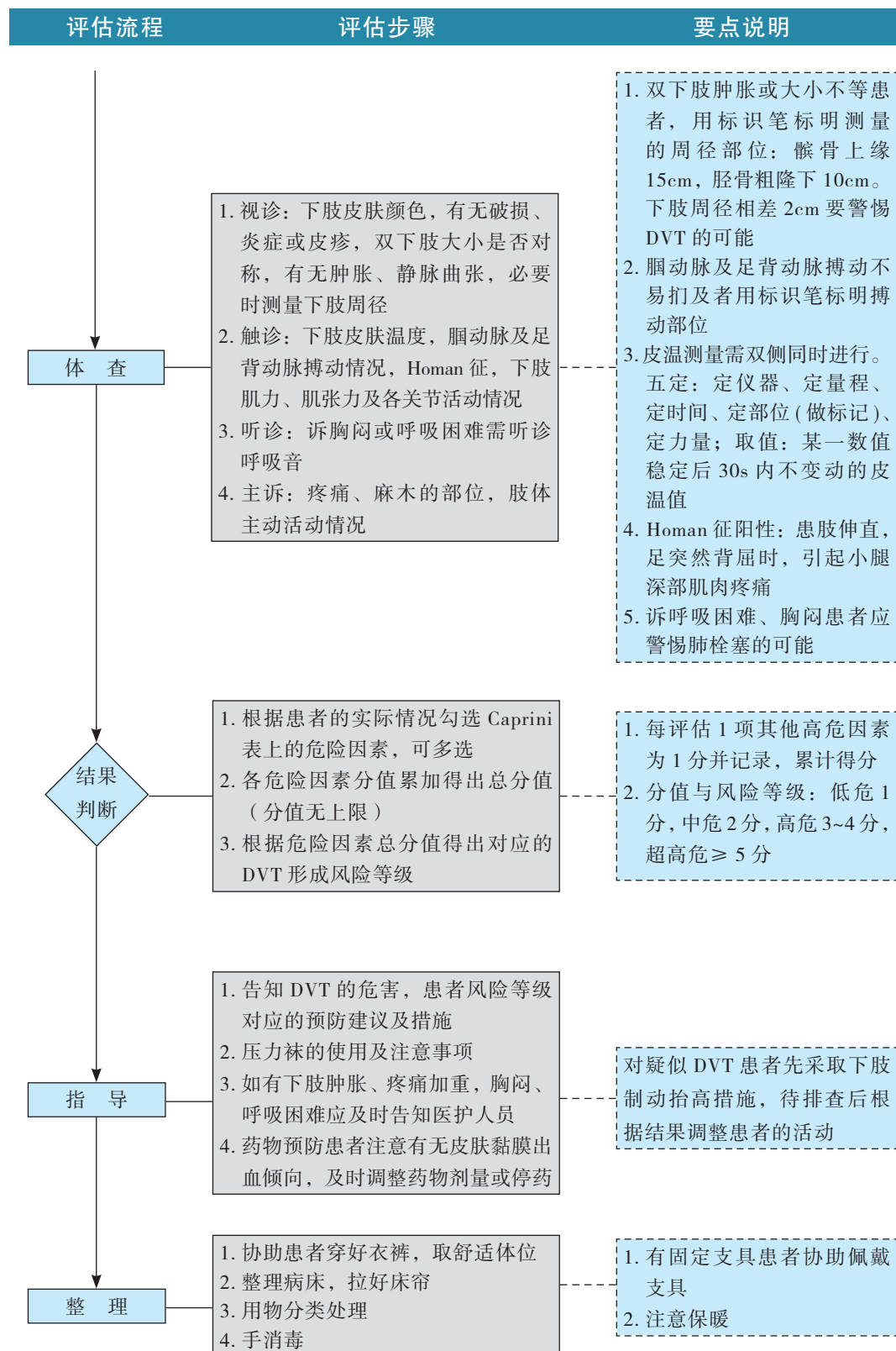
行评分，得出患者发生 DVT 形成的风险等级，根据风险等级给予患者个体化预防建议措施的过程。

#### 四、适宜人群

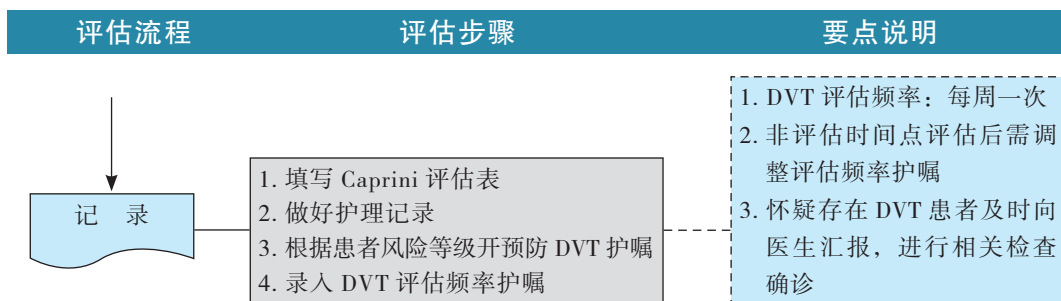
新入院或转入、术后 24h 内、住院或术后 7d、病情变化的患者。

#### 五、评估









## 六、附表（表 2-6）

### 1. Caprini 深静脉血栓形成危险评估表（表 2-6）

表 2-6 Caprini 深静脉血栓形成危险评估表

评分	病史	手术
1	年龄 41~60 岁 <input type="checkbox"/>	计划性小手术 (<45min) <input type="checkbox"/>
	肥胖 (BMI>25) <input type="checkbox"/>	
	不明原因死产，习惯性流产 (>3 次)，早产伴有新生儿毒血症或发育受限 <input type="checkbox"/>	
	妊娠期或产后 (1 月内) <input type="checkbox"/>	
	口服避孕药或激素替代治疗 <input type="checkbox"/>	
	卧床或活动受限，包括可拆卸的腿部支具 (<72h) <input type="checkbox"/>	
	炎症性肠病史 (如溃疡性结肠炎、克罗恩肠病) <input type="checkbox"/>	
	下肢水肿 <input type="checkbox"/>	
	肉眼可见的静脉曲张 <input type="checkbox"/>	
	严重的感染 (如肺炎) <input type="checkbox"/>	
	肺部疾病 (如肺气肿或 COPD) <input type="checkbox"/>	
	急性心肌梗死 <input type="checkbox"/>	
	充血性心力衰竭 <input type="checkbox"/>	
	大手术史 (>45min, 1 个月内) <input type="checkbox"/>	
	其他高危因素 (BMI>40、吸烟、糖尿病、化疗、输血史、手术超过 2h) <input type="checkbox"/>	
2	年龄 61~74 岁 <input type="checkbox"/>	中心静脉置管 (包括 CVC、PICC、输液管) <input type="checkbox"/>
	石膏固定 (1 月内) <input type="checkbox"/>	大手术 (>45min, 包括关节镜及腹腔镜手术) <input type="checkbox"/>
	患者需要卧床超过 72h <input type="checkbox"/>	
	恶性肿瘤 (既往或现患，包括皮肤癌，不包括黑色素瘤) <input type="checkbox"/>	

续表

评分	病史	手术
3	年龄 $\geq 75$ 岁 <input type="checkbox"/>	
	深静脉血栓 / 肺栓塞史 <input type="checkbox"/>	
	血栓家族史 <input type="checkbox"/>	
	增加血栓形成风险的阳性血液检查指标（个人或家族史） <input type="checkbox"/>	
4	脑卒中（1 个月内） <input type="checkbox"/>	择期髋或膝关节手术 <input type="checkbox"/>
	急性脊髓损伤（瘫痪）（1 个月内） <input type="checkbox"/>	髋关节、骨盆或下肢骨折 <input type="checkbox"/>
		严重创伤（如坠落、车祸引起的多发骨折） <input type="checkbox"/>
总分		

注：CVC：中心静脉导管；PICC：经外周静脉置入中心静脉导管

## 2. Caprini 评估表使用指引

（1）评估时间：患者入院 24h 内，术后 24h 内，术后每 7d 评估，发生病情变化时随时评估。

（2）评估方法：

①所评危险因素分数累计相加为患者的 Caprini 得分。

②评估患者年龄、BMI 指数；其中 BMI $>25$  评 1 分，如果 BMI $>40$ （如其他高危因素中所示），则评 2 分。其他高危因素中所列危险因素，评定 1 项累加 1 分。

③评估患者病史：如有无炎症性肠病史、大手术史（ $>45\text{min}$ ，1 个月内）、血栓家族史等；如无特殊说明时间，病史评估均为既往或现患。

④评估患者现病史：如有无下肢水肿、静脉曲张、石膏固定、糖尿病、严重创伤等。

⑤增加血栓形成风险的阳性血液检查指标包括肝素引起的血小板减少、抗心磷脂抗体阳性、凝血酶原 20210A 阳性、因子 Vleiden 阳性、狼疮抗凝物阳性、血清同型半胱氨酸升高。系统性红斑狼疮、类风湿关节炎、干燥综合征、结节病、抗心磷脂综合征等自身免疫性疾病患者需评定抗心磷脂抗体及狼疮抗凝物；凝血酶原 20210A、因子 Vleiden 在中国人群分布极低，欧美人群需进行评分；血清同型半胱氨酸部分医院无法检测。

⑥卧床时间的评估以 72h 为界限，如“卧床或活动受限，包括可拆卸的腿部支具（ $<72\text{h}$ ）”评分项针对卧床少于 72h，或者是虽然可下床活动，但使用腿部支具的患者。卧床时间超过 72h 评 2 分。

⑦手术患者在术后评估手术时长、手术方式及有无中心静脉置管。根据手术时长， $<45\text{min}$  评 1 分， $>45\text{min}$  评 2 分；若手术时长超过 2h（如其他危险因素所示），

则评 3 分，即在超过 45min 评 2 分的基础上再加 1 分。

⑧围术期患者如出现病情变化，如肺炎、下肢水肿等情况，需及时进行 Caprini 评分，评估患者风险等级，以调整预防措施。

### 3. 根据 Caprini 评分确定患者的 DVT 预防措施

低危（0~1 分）	中危（2 分）	高危（3~4 分）	极高危（≥ 5 分）
无需预防 指导患者尽早活动	告知患者 基础预防 功能锻炼 物理预防（弹力袜或者 气压治疗）	告知患者 基础预防 功能锻炼 药物预防 可联合或不联合物理预防	告知患者 基础预防 功能锻炼 物理预防 药物预防

## 七、常见并发症及处理措施

### （一）血栓意外脱落

血栓脱落在下肢血管有下肢突发疼痛的表现，栓子进入肺动脉有胸闷、胸痛、呼吸困难、咯血等肺栓塞的表现，进入脑动脉则有头痛、头晕等表现。

1. 评估过程中避免过度按压肢体造成血栓意外掉落。

2. 疑似存在 DVT 的患者在评估过程中活动肢体宜缓慢、轻柔。

3. 评估过程中如出现如恶心、心悸、下肢疼痛加重、呼吸困难等疑似栓塞情况，应暂停评估，做好急救准备等。

### （二）肺栓塞

1. 严密观察生命体征，动态监测血氧饱和度、心电图。

2. 吸氧，采用鼻导管或面罩吸氧，必要时用高流量通气仪。

3. 镇静镇痛，按医嘱给予镇静或镇痛药物。

4. 卧床休息，保持大便通畅。

5. 按医嘱给予抗凝溶栓治疗，注意观察患者的凝血情况，必要时做好介入手术准备。

## 八、预防建议

1. 基础预防：知识宣教，下肢保暖，足量饮水，戒烟、戒酒，控制原发病，呼吸锻炼，规范静脉注射。

2. 功能锻炼：踝泵运动，股四头肌收缩。

3. 物理预防：空气波压力循环治疗仪，弹力袜，下肢关节康复器，足底静脉泵。

4. 药物预防：低分子肝素，低分子右旋糖酐等。

5. 注意物理预防与药物预防的禁忌证。根据 Caprini 评估等级采取相应的处理措施。①低危：DVT 知识宣教 + 早期活动；②中危：基础预防 + 功能锻炼 + 物理预防；③高危：基础预防 + 功能锻炼 + 药物预防 + 物理预防；④极高危：基础预防 + 功能锻炼 + 药物预防 + 物理预防。

## 第十二节 心理社会问题评估

### 认知能力评估

#### 一、目的

1. 了解吞咽障碍患者的认知能力，判断病情进展、转归，为制订护理措施、判断护理治疗成效提供依据。
2. 了解吞咽障碍患者可能存在的危险因素，如走失、跌倒、烫伤等。

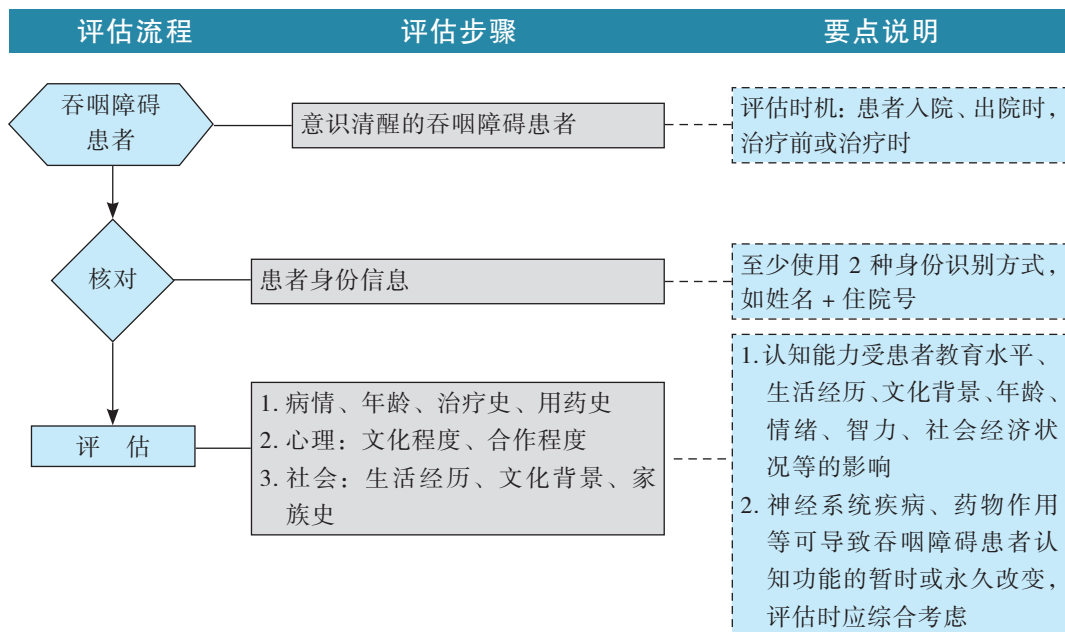
#### 二、权责

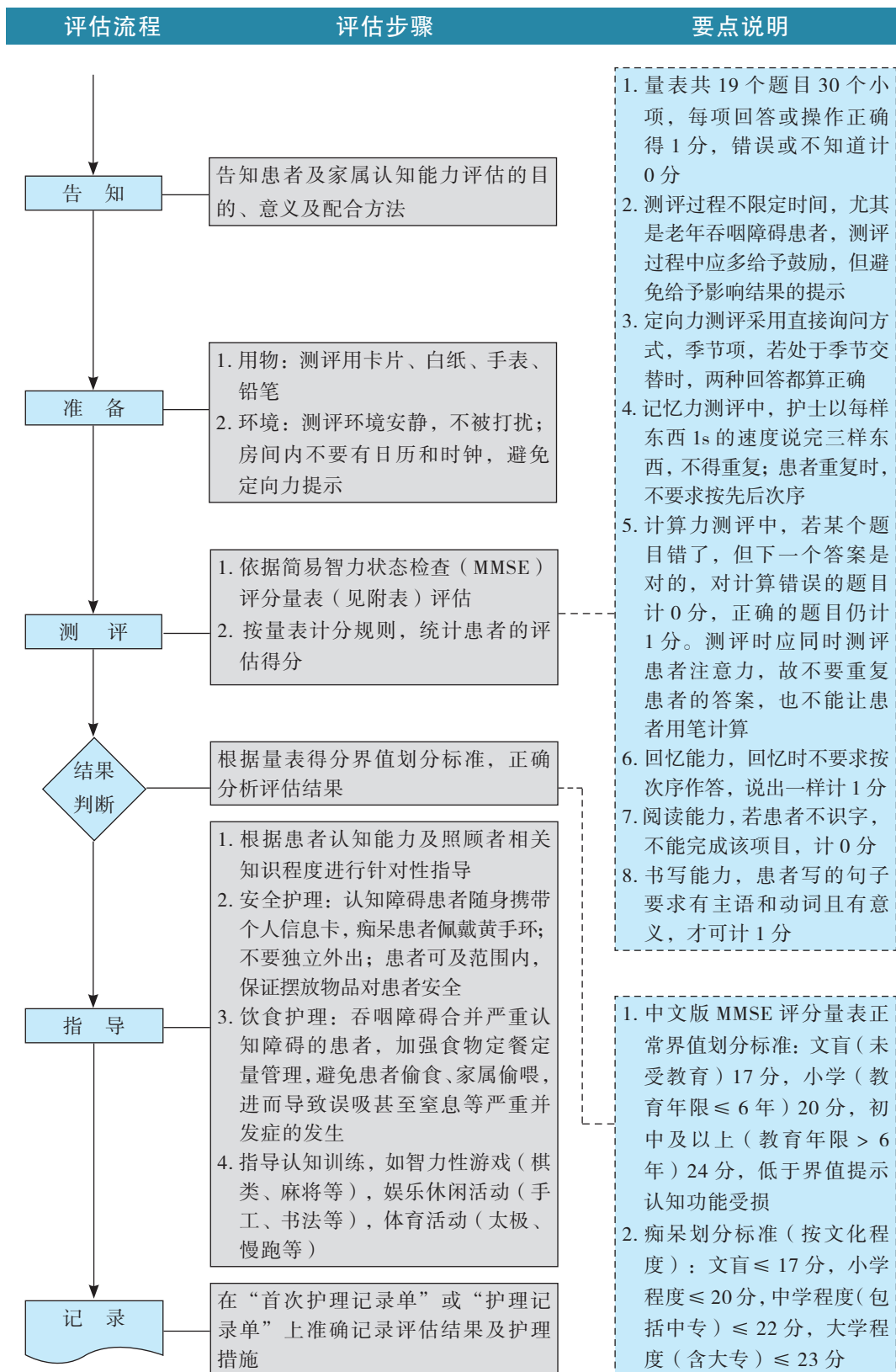
1. 护士：遵循护理评估原则；评估方法正确、全面；正确分析结果，制订护理计划并指导实施。
2. 患者：配合评估过程，知晓评估的注意事项。

#### 三、定义

认知能力（cognitive ability）是人脑加工、储存和提取信息的能力。认知能力评估是指借助相应的评估工具或手段，正确全面评估患者的意识状态、视觉功能、听觉功能和定向力。

#### 四、评估



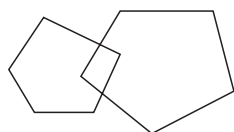


## 五、附表（表 2-7）

表 2-7 中文版简易智力状态检查（MMSE）评分量表

指导语：现在我要问您一些问题，请您仔细听清每个问题后进行回答或按照我说的动作去做

项目		计分					
定向力 (10 分)	1. 今年是哪一年					1	0
	现在是什么季节					1	0
	现在是几月份					1	0
	今天是几号					1	0
	今天是星期几					1	0
	2. 你住在那个省					1	0
	你住在那个县（区）					1	0
	你住在那个乡（街道）					1	0
	咱们现在在那个医院					1	0
	咱们现在在第几层楼					1	0
记忆力 (3 分)	3. 告诉你三种东西（皮球、国旗、树木），我说完后，请你重复一遍并记住，待会还会问你（各 1 分，共 3 分）		3	2	1	0	
注意力和计算力 (5 分)	4. $100-7=?$ 连续减 5 次（93、86、79、72、65。各 1 分，共 5 分。若错了，但下一个答案正确，只记一次错误）	5	4	3	2	1	0
回忆能力 (3 分)	5. 现在请你说出我刚才告诉你让你记住的那些东西		3	2	1	0	
语言能力 (9 分)	6. 命名能力 出示手表，问这个是什么东西 出示钢笔，问这个是什么东西					1	0
	7. 复述能力 我现在说一句话，请跟我清楚的重复一遍（四十四只石狮子）					1	0
	8. 阅读能力 （闭上你的眼睛）请你念念这句话，并按上面意思去做					1	0
	9. 三步命令 我给您一张纸请您按我说的去做，现在开始：“用右手拿着这张纸，用两只手将它对折起来，放在您的左腿上。”（每个动作 1 分，共 3 分）		3	2	1	0	
	10. 书写能力要求受试者自己写一句完整的句子					1	0
	11. 结构能力 （出示图案）请你照上面图案画下来					1	0



## 六、评估要点说明及注意事项

1. 测评环境安静，不被打扰，避免日历和时钟对定向力测评产生提示作用。
2. 测评过程中注意观察患者的耐力及精神状态。

## 焦虑评估

### 一、目的

1. 评估吞咽障碍患者有无焦虑和焦虑的躯体化症状。
2. 判定吞咽障碍患者焦虑性质及严重程度。
3. 了解可能引起患者焦虑的情境或刺激源。
4. 为制订个体化护理措施提供依据。

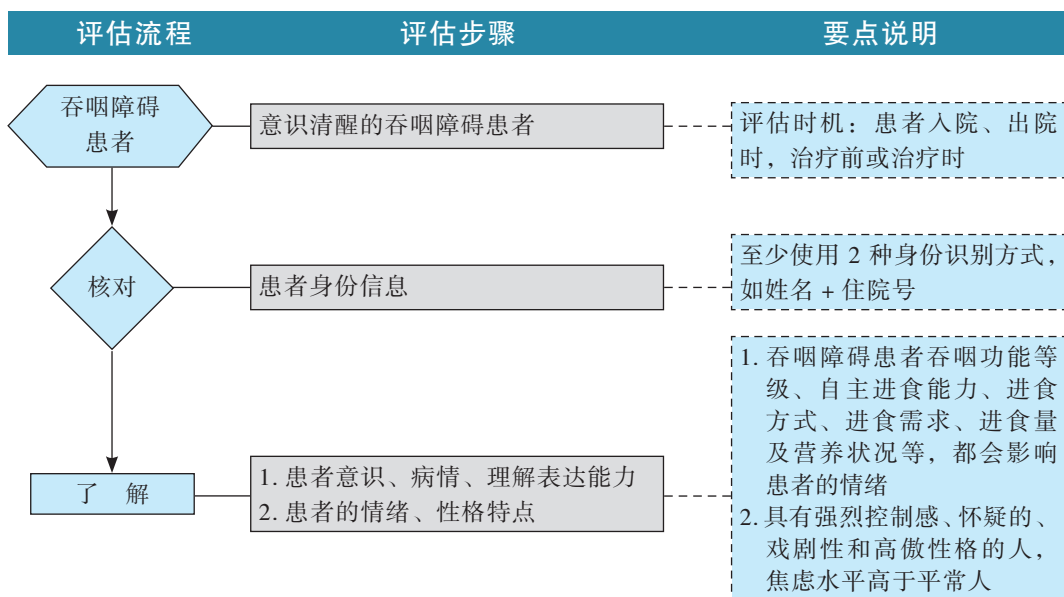
### 二、权责

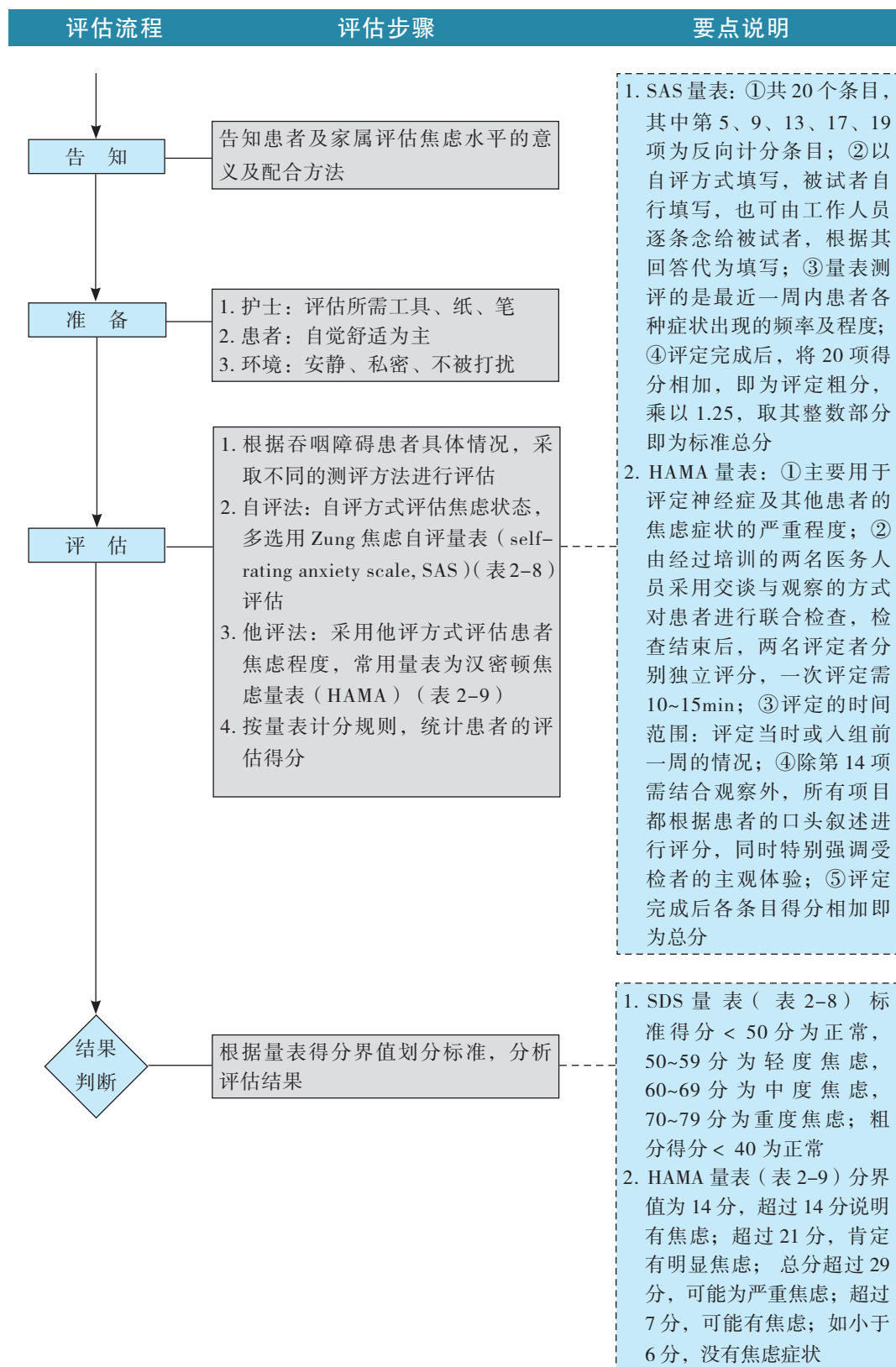
1. 护士：遵循护理评估原则，判断焦虑程度，准确分析焦虑的原因或诱因，认识焦虑患者躯体、情感、认知和行为各方面症状，给予焦虑患者心理护理。
2. 患者：配合评估过程，知晓评估的注意事项。

### 三、定义

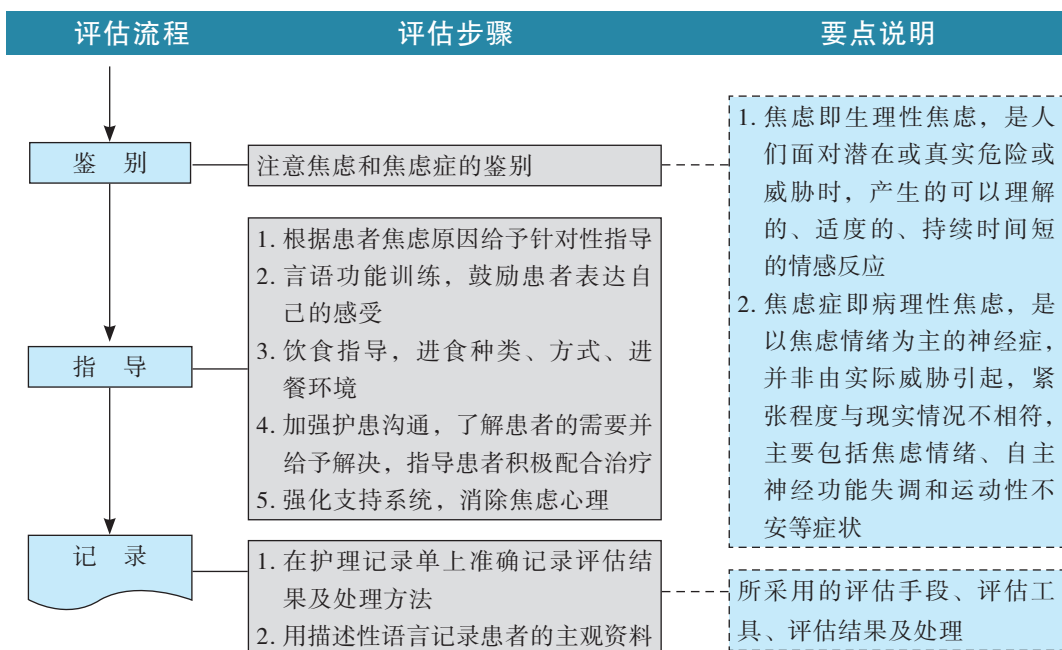
焦虑（anxiety）是一种缺乏客观原因的内心不安或无根据的恐惧。焦虑评估是采用相应的评估工具或手段评估吞咽障碍患者是否存在焦虑及其严重程度的方法。

### 四、评估









## 五、附表（表 2-8, 表 2-9）

表 2-8 Zung 自评焦虑量表（self-rating depression scale, SDS）

指导语：下面有 20 条描述，请仔细阅读每一条，把意思弄明白。然后根据您最近一周的实际情况，在每一条后面适当的选项数字上打“√”

问 题	1	2	3	4
1. 我感到比以往更加过敏和焦虑	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 我无缘无故地感到担心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 我容易心烦意乱或感到恐慌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 我感到我的身体好像被分成了几块，支离破碎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 我感到事事顺利，不会有什么倒霉的事情发生	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 我的四肢抖动和震颤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 我因为头痛、颈痛和背痛而烦恼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 我感到无力且容易疲劳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 我感到很平衡，能安静坐下来	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 我感到我的心跳较快	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 我因阵阵的眩晕而不舒服	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 我有阵阵要昏倒的感觉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 我呼吸时进气和出气都不费力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 我的手指和脚趾感到麻木和刺痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

续表

问 题	1	2	3	4
15. 我因胃痛和消化不良而苦恼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 我必须时常排尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 我的手总是温暖而干燥的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 我觉得我脸红发烧发红	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 我容易入睡，晚上休息很好	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 我做噩梦	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

表 2-9 汉密尔顿焦虑量表 (Hamilton anxiety scale, HAMA)

填表注意事项：在最适合患者情况中画一个钩“√”，所有项目采用 0 ~ 4 分的 5 级评分法，各级的标准为：（0）为无症状；（1）轻；（2）中等；（3）重；（4）极重

	无症状	轻	中等	重	极重
1. 焦虑心境	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 紧张	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 害怕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 失眠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 记忆或注意障碍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 抑郁心境	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 肌肉系统症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 感觉系统症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 心血管系统症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 呼吸系统症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 胃肠道症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 生殖泌尿系统症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 自主神经症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 会谈时行为表现	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【项目和评定标准】所有项目采用 0 ~ 4 分的 5 级评分法，各级评分标准为：0 分 = 无症状；1 分 = 症状轻微；2 分 = 有肯定的症状，但不影响生活与活动；3 分 = 症状重，需加处理，已影响生活活动；4 分 = 症状极重，严重影响其生活。

1. 焦虑心境：担心、担忧，感到有最坏的事情将要发生，容易激惹。
2. 紧张：紧张感、易疲劳、不能放松，情绪反应，易哭、颤抖、感到不安。
3. 害怕：害怕黑暗、陌生人、一人独处、动物、乘车或旅行及人多的场合。

4. 失眠：难以入睡、易醒、睡得不深、多梦、梦魇、夜惊、醒后感疲倦。
5. 认知功能：或称记忆、注意障碍。注意力不能集中，记忆力差。
6. 抑郁心境：丧失兴趣、对以往爱好缺乏快感、忧郁、早醒、昼重夜轻。
7. 肌肉系统症状：肌肉酸痛、活动不灵活、肌肉抽动、肢体抽动、牙齿打战、声音发抖。
8. 感觉系统症状：视物模糊、发冷发热、软弱无力感、浑身刺痛。
9. 心血管系统症状：心动过速、心悸、胸痛、血管跳动感、昏倒感、心搏脱漏。
10. 呼吸系统症状：胸闷、窒息感、叹息、呼吸困难。
11. 胃肠道症状：吞咽困难，嗝气，消化不良（进食后腹痛、胃部烧灼痛、腹胀、恶心、胃部饱感），肠鸣，腹泻，体重减轻，便秘。
12. 生殖泌尿系统症状：尿意频数、尿急、停经、性冷淡、过早射精、勃起不能、阳痿。
13. 自主神经系统症状：口干、潮红、苍白、易出汗、易起“鸡皮疙瘩”、紧张性头痛、毛发竖起。
14. 会谈时行为表现：①一般表现如紧张、不能松弛、忐忑不安、咬手指、紧紧握拳、摸弄手帕、面肌抽动、不停顿足、手发抖、皱眉、表情僵硬、肌张力高、叹息样呼吸、面色苍白。②生理表现如吞咽、打嗝、安静时心率和呼吸快（呼吸每分钟 20 次以上）、腱反射亢进、震颤、瞳孔放大、眼睑跳动、易出汗、眼球突出

## 六、评估要点及注意事项

1. 严格按照所选用焦虑评估工具的使用说明进行评估，包括测评方式（自评或他评）、测评时间、量表计分方法（正向或反向）等。
2. 测评时注意隐去量表名称，指导语及测评过程中，避免提及“焦虑”二字，以免暗示作用增加被试者的焦虑情绪，影响测评结果。
3. 判断有无焦虑时，要分清所选用量表是粗分还是转换后的标准分，如 SDS 量表粗分和标准分的分界值分别为 40 分和 50 分，注意不要混淆。此外，在与国内常规模型比较时，应注意量表提供的常规模型是按粗分计算的，应以调查所得粗分进行比较。

## 抑郁评估

### 一、目的

1. 评估吞咽障碍患者有无抑郁、抑郁的躯体化症状及抑郁的严重程度。
2. 了解可能引起吞咽障碍患者抑郁的事件、情境或压力。
3. 为制订个体化护理措施提供依据，减轻患者的抑郁水平。

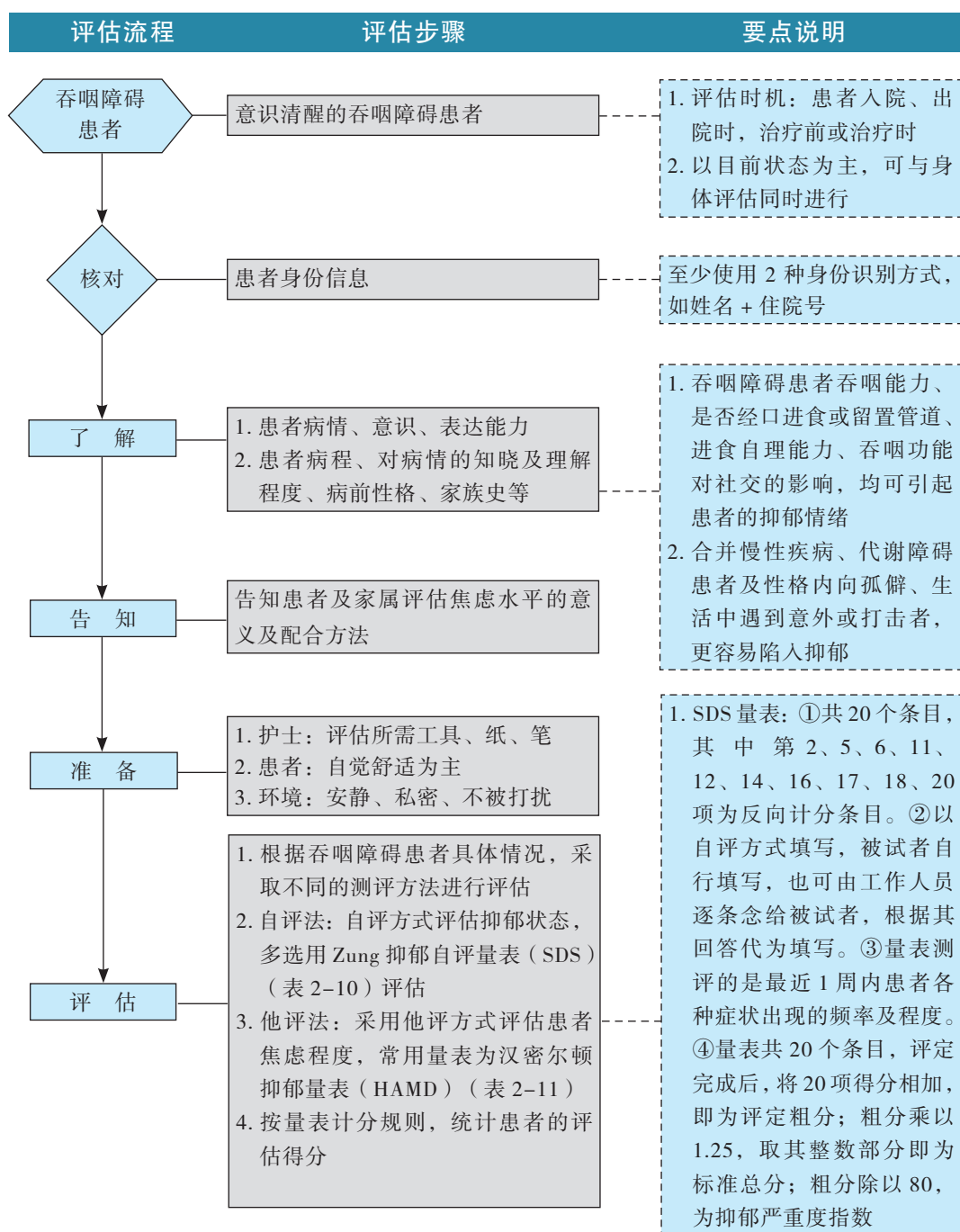
### 二、权责

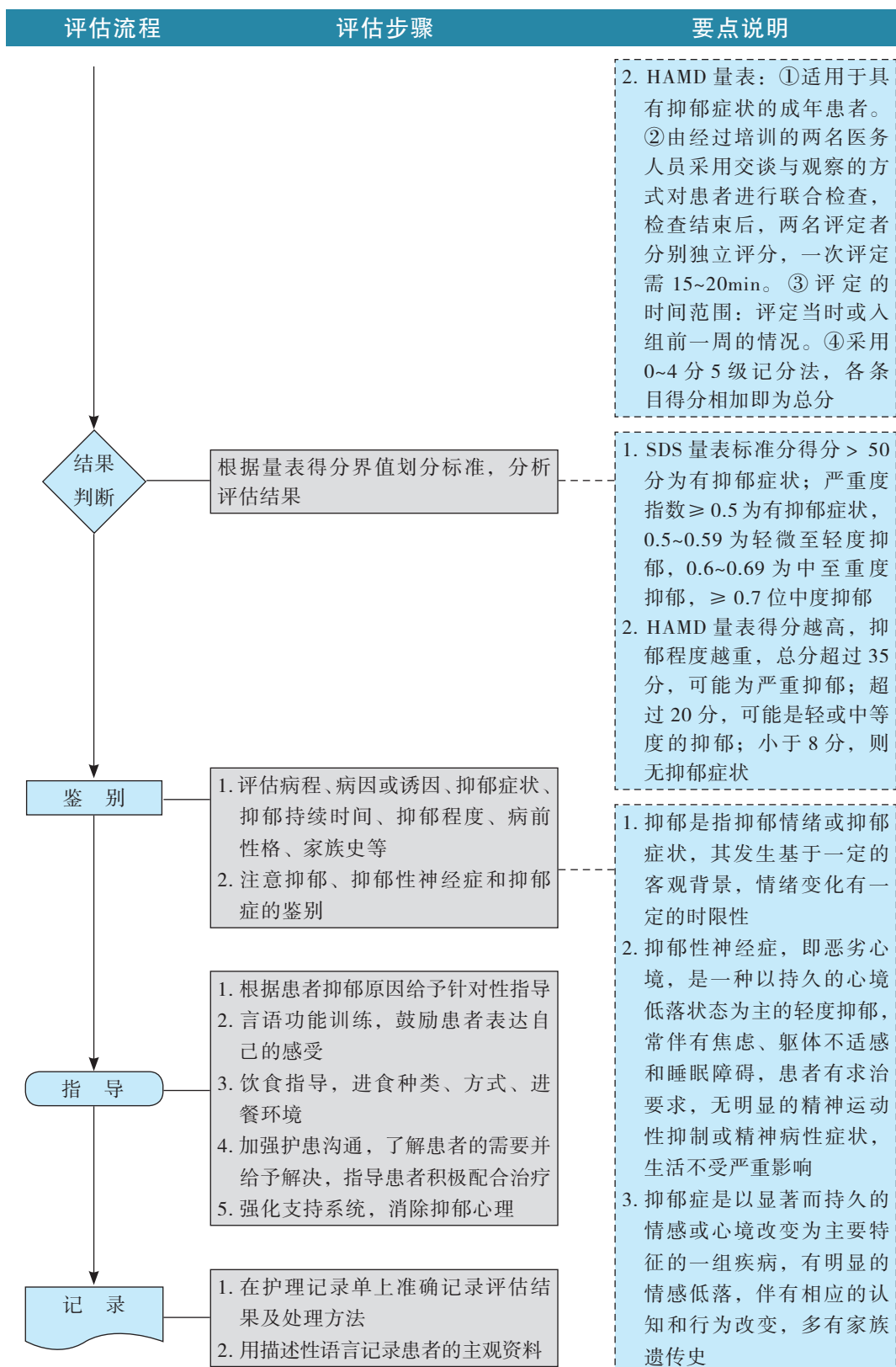
1. 护士：遵循护理评估原则，评估患者抑郁性质、程度及自杀倾向，根据评估结果制订护理计划。
2. 患者：配合评估过程，知晓评估的注意事项。

### 三、定义

抑郁（depression）是一种情绪状态。抑郁评估是采用相应的评估工具或手段，评估吞咽障碍患者是否存在抑郁及其严重程度。

### 四、评估





## 五、附表（表 2-10，表 2-11）

表 2-10 Zung 自评抑郁量表（SDS）

指导语：下面有 20 条描述，请仔细阅读每一条，把意思弄明白。然后根据您最近一周的实际情况，在每一条后面适当的选项数字上打“√”

问题	很少	有时	经常	持续
1. 我觉得闷闷不乐，情绪低沉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 我觉得一天之中早晨最好	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 我一阵阵哭出来或觉得想哭	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 我晚上睡眠不好	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 我吃得跟平常一样多	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 我与异性密切接触时和以往一样感到愉快	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 我发觉我的体重在下降	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 我有便秘的苦恼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 我的心跳比平时快	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 我无缘无故地感到疲乏	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 我的头脑与平常一样清楚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 我觉得经常做的事情并没有困难	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 我觉得不安而平静不下来	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 我对将来抱有希望	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 我比平常容易生气激动	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 我觉得作出决定是容易的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 我觉得自己是个有用的人，有人需要我	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 我的生活过得很有意思	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 我认为我死了别人会生活得好些	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 平常感兴趣的事我仍然照样感兴趣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

表 2-11 汉密尔顿抑郁量表（HAMD）

序号	项目名称	项目说明	0	1	2	3	4
1	抑郁情绪	患者忧郁情绪的严重程度	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 轻度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 极重度
2	有罪感	患者感到自己有过错，有罪，甚至十恶不赦	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 轻度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 极重度
3	自杀	患者有无自觉活着没有意义，常想到不如死了好或存在自杀的念头	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 轻度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 极重度
4	入睡困难	患者入睡困难（即上床后半小时仍不能入睡）的严重程度	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 轻~中度	<input type="checkbox"/> 重度		

续表

序号	项目名称	项目说明	0	1	2	3	4
5	睡眠不深	指中段失眠,如睡眠浅,多梦,易醒,根据程度	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 轻 ~ 中度	<input type="checkbox"/> 重度		
6	早醒	指末段失眠,比平时早醒 1h,或可再入睡,或无法重新入睡	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 轻 ~ 中度	<input type="checkbox"/> 重度		
7	工作和兴趣	指患者对工作和各种活动缺乏兴趣	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 轻度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 极重度
8	迟缓	指患者的思维和言语缓慢,注意力难以集中,主动性减退,根据严重程度	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 轻度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 极重度
9	激越	指患者动作明显增多,心神不定,不能静坐,根据严重程度	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 轻度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 极重度
10	精神性焦虑	指通过表情和语言流露出焦虑,忧虑和惊恐	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 轻度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 极重度
11	躯体性焦虑	指焦虑的生理症状,如口干、腹胀、腹泻、打嗝、心悸、过度换气、尿频和出汗等	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 轻度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 极重度
12	胃肠道症状	食欲减退,饱胀,便秘	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 轻 ~ 中度	<input type="checkbox"/> 重度		
13	全身症状	指肌肉疼痛,全身乏力或疲倦	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 轻 ~ 中度	<input type="checkbox"/> 重度		
14	性症状	指性欲减退,月经紊乱,性活动明显减少,若该项目不评则不计入总分	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 轻 ~ 中度	<input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 不评	
15	疑病	指患者对身体过分关注,甚至缺乏根据地坚信自己有病(疑病妄想)	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 轻度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 极重度
16	体重减轻	根据一周内体重减轻的可能与肯定,或减轻 1kg 以内与 1kg 以上	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 轻 ~ 中度	<input type="checkbox"/> 重度		
17	自知力	指对自身精神疾病,精神症状和异常体验的认识能力,自知力完好为 0 分	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 轻 ~ 中度	<input type="checkbox"/> 重度		
18	日夜变化	指病情在 24h 内有一定程度的加重或减轻变化	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 轻 ~ 中度	<input type="checkbox"/> 重度		
19	人格解体或现实解体	指患者体验到的非真实感和存在的虚无妄想	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 轻度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 极重度
20	偏执症状	表现为猜疑,牵连观念,关系妄想或被害妄想	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 轻度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 极重度

续表

序号	项目名称	项目说明	0	1	2	3	4
21	强迫症状	表现为明知不必,但又无法摆脱的各种观念和和行为,患者深为这些观念和和行为而苦恼	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 轻~中度	<input type="checkbox"/> 重度		
22	能力减退感	患者感到自己的各种能力在减退,甚至连日常个人生活也难以自理	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 轻度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 极重度
23	绝望感	患者对未来丧失了信心,感到没希望.根据严重程度	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 轻度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 极重度
24	自卑感	患者感到自己不如他人,一无是处甚至自认为是废物	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 轻度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 极重度

说明:

1. 大部分项目采用 0 ~ 4 分的 5 级评分法,各级的标准为:0 分 = 无;1 分 = 轻度;2 分 = 中度;3 分 = 重度;4 分 = 极重度。少数项目采用 0 ~ 2 分的 3 级评分法,其分级的标准为:0 分 = 无;1 分 = 轻~中度;2 分 = 重度。

2. 第 8、9 及 11 项,依据对患者的观察进行评定;其余各项则根据患者自己的口头叙述评分;其中第 1 项需两者兼顾。第 7 和 22 项,尚需向患者家属或病房工作人员收集资料;而第 16 项最好是根据体重记录,也可依据患者主诉及其家属或病房工作人员所提供的资料评定

## 六、评估要点及注意事项

1. 严格按照所选用抑郁评估工具的使用说明进行评估,包括测评方式(自评或他评)、测评时间、量表计分方法(正向或反向)等。

2. 测评时注意隐去量表名称,指导语及测评过程中,避免提及“抑郁”二字,以免暗示作用增加被试者的焦虑情绪,影响测评结果。

3. 判断患者有无抑郁时,要分清所选用量表是粗分还是转换后得分,如 SDS 量表粗分和标准分的分界值分别为 40 分和 50 分,注意不要混淆。此外,在与国内常模比较时,应注意量表提供的常模是按粗分计算,应以调查所得粗分进行比较。

## 家庭与居住环境评估

### 一、目的

1. 评估吞咽障碍患者的家庭结构、家庭成员关系、功能及经济状况。
2. 评估吞咽障碍患者家庭居住环境,分析影响患者健康的因素,促进患者的居家安全。



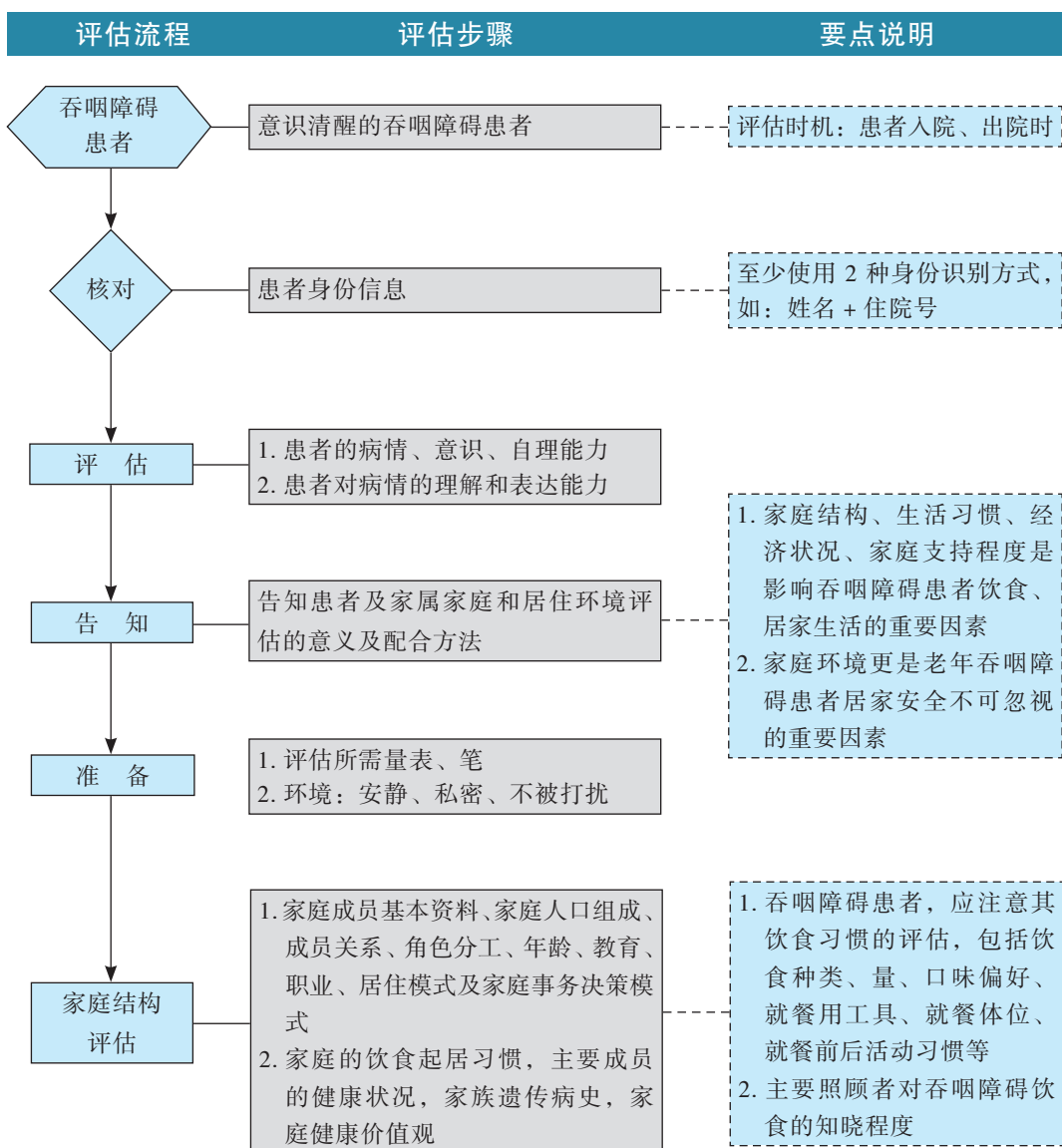
## 二、权责

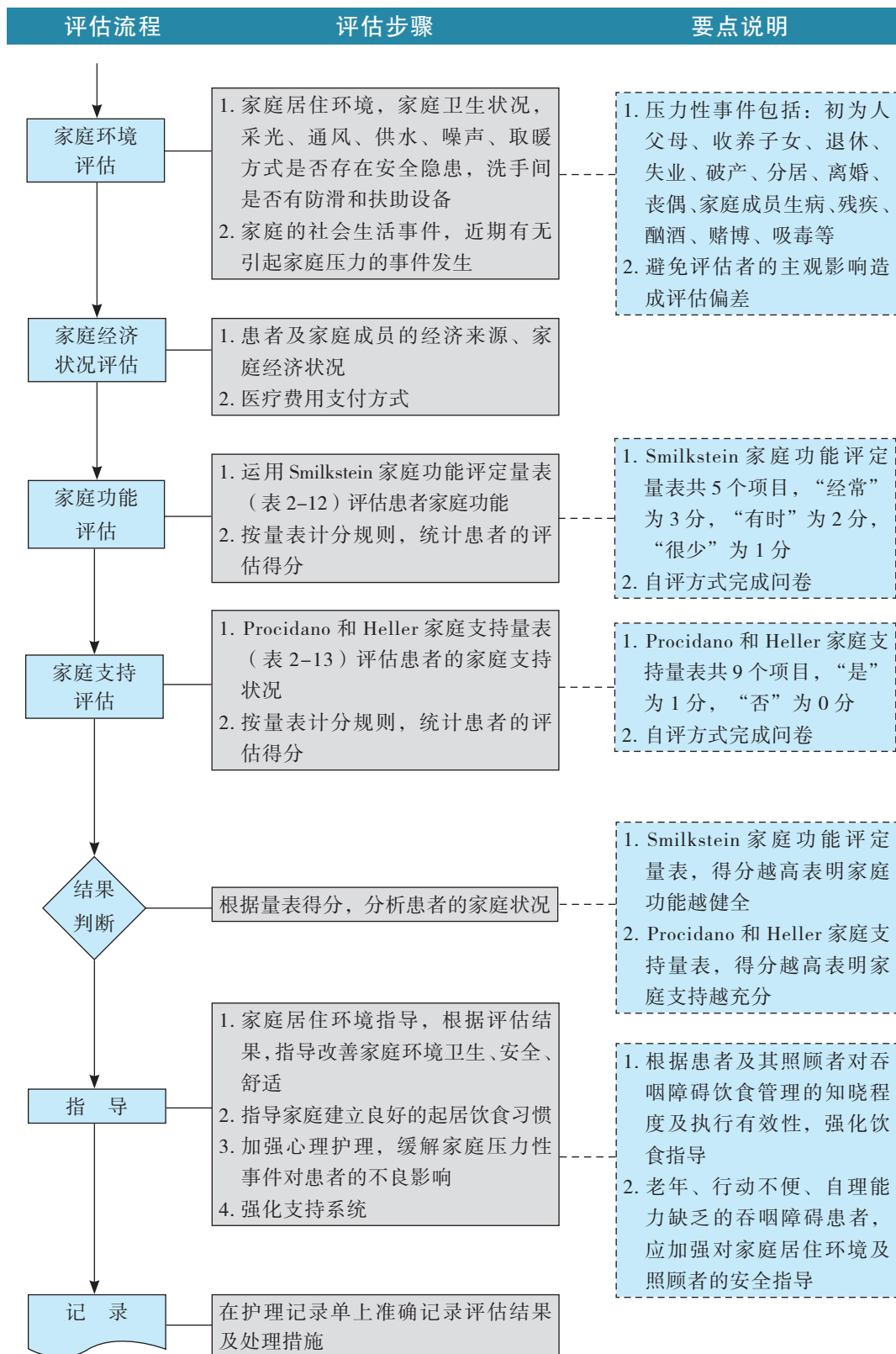
1. 护士：遵循护理评估原则，评估家庭情况及居住环境，为患者制订可行的出院计划。
2. 患者：配合评估过程，知晓评估的注意事项。

## 三、定义

家庭与居住环境（family and living environment）评估是指借助相应的评估工具，评估患者的家庭及居住环境，分析影响健康的因素，促进患者居家安全，提高健康水平。

## 四、评估





## 五、附表（表 2-12，表 2-13）

表 2-12 Smilkstein 家庭功能评定量表

	经常	有时	很少
1. 当我遇到困难时，可从家人得到满意的帮助 补充说明：			
2. 我很满意家人与我讨论和分担问题的方式 补充说明：			
3. 当我从事新的活动或希望发展时，家人能接受并给我支持 补充说明：			
4. 我很满意家人对我表达感情的方式以及对我情绪（如愤怒、悲伤、爱）的反应 补充说明：			
5. 我很满意家人与我共度时光的方式 补充说明：			

表 2-13 Procidano 和 Heller 家庭支持量表

	是	否
1. 我的家人给予我所需的支持		
2. 遇到棘手的事时，我的家人帮我出主意		
3. 我的家人愿意倾听我的想法		
4. 我的家人给予我情感支持		
5. 我和我的家人能开诚布公地交谈		
6. 我的家人分享我的爱好和兴趣		
7. 我的家人能时时觉察到我的需求		
8. 我的家人善于帮助我解决问题		
9. 我和我的家人感情深厚		

## 六、评估要点及注意事项

1. 可通过询问或查询有关的健康记录获取资料，主观资料尽量采用描述性语言记录。

2. 以自评方式完成家庭功能评定量表及家庭支持量表，在恰当解释指导语后，可让患者自行阅读填写，或者由护士逐条念给患者，根据患者的回答代为填写，但应避免主观因素对患者的影响。

## 第三章 专科护理操作

### 第一节 鼻胃管插管

#### 一、目的

1. 鼻胃管插管用于不能进食的吞咽障碍患者，从胃管内灌注流质食物、营养液、水分和药物，以满足患者的营养需求。
2. 肠梗阻者可减轻腹胀等症状，抽出梗阻近端的气体、液体以减轻对肠壁的压力。
3. 胃肠道蠕动减弱者可缓解胃肠道胀气。

#### 二、权责

1. 护士：遵循标准预防操作原则；动作轻柔，减轻患者不适感，无损伤发生；向患者做好留置鼻胃管的健康教育。
2. 患者：配合插管过程，知晓留置鼻胃管的注意事项。

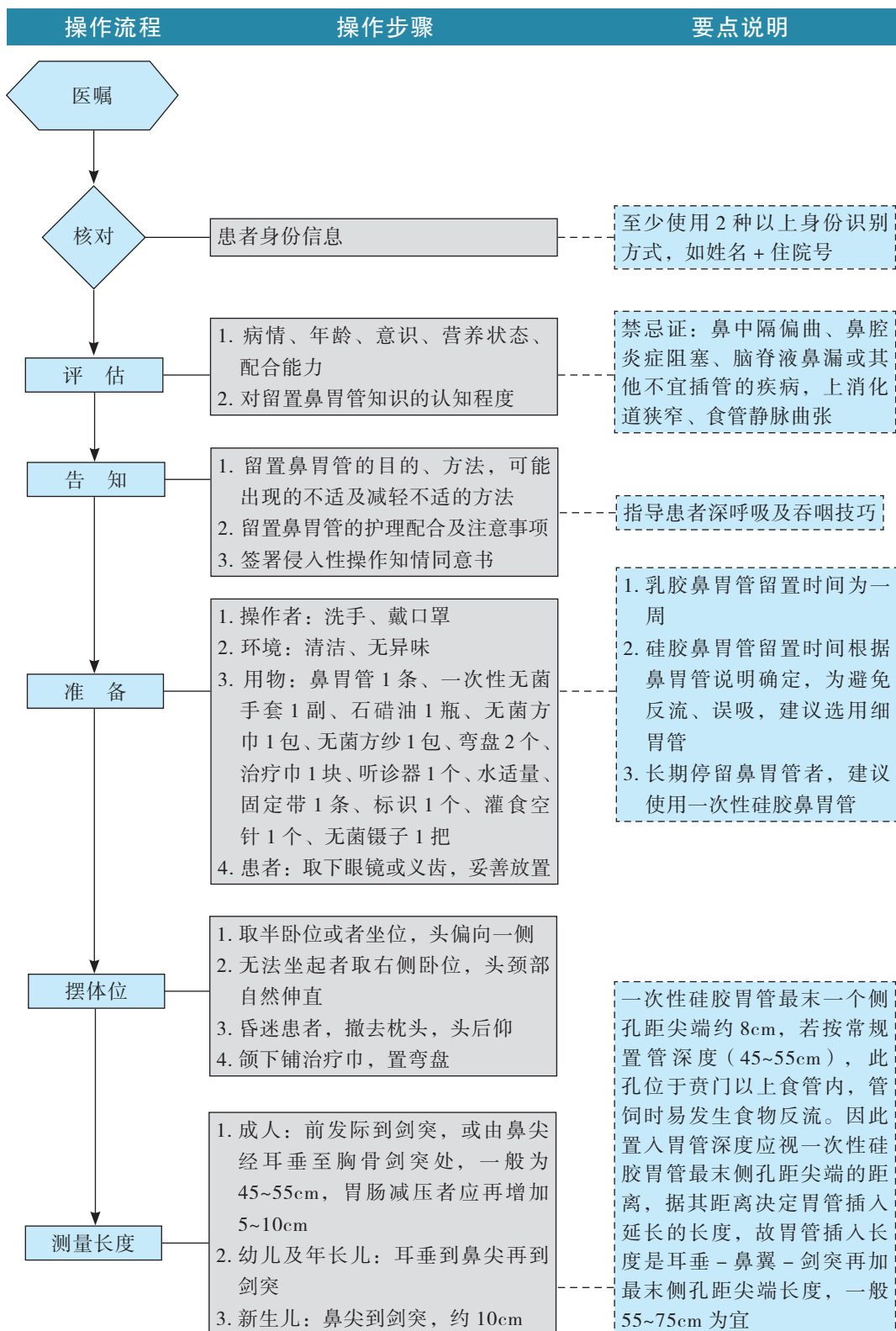
#### 三、定义

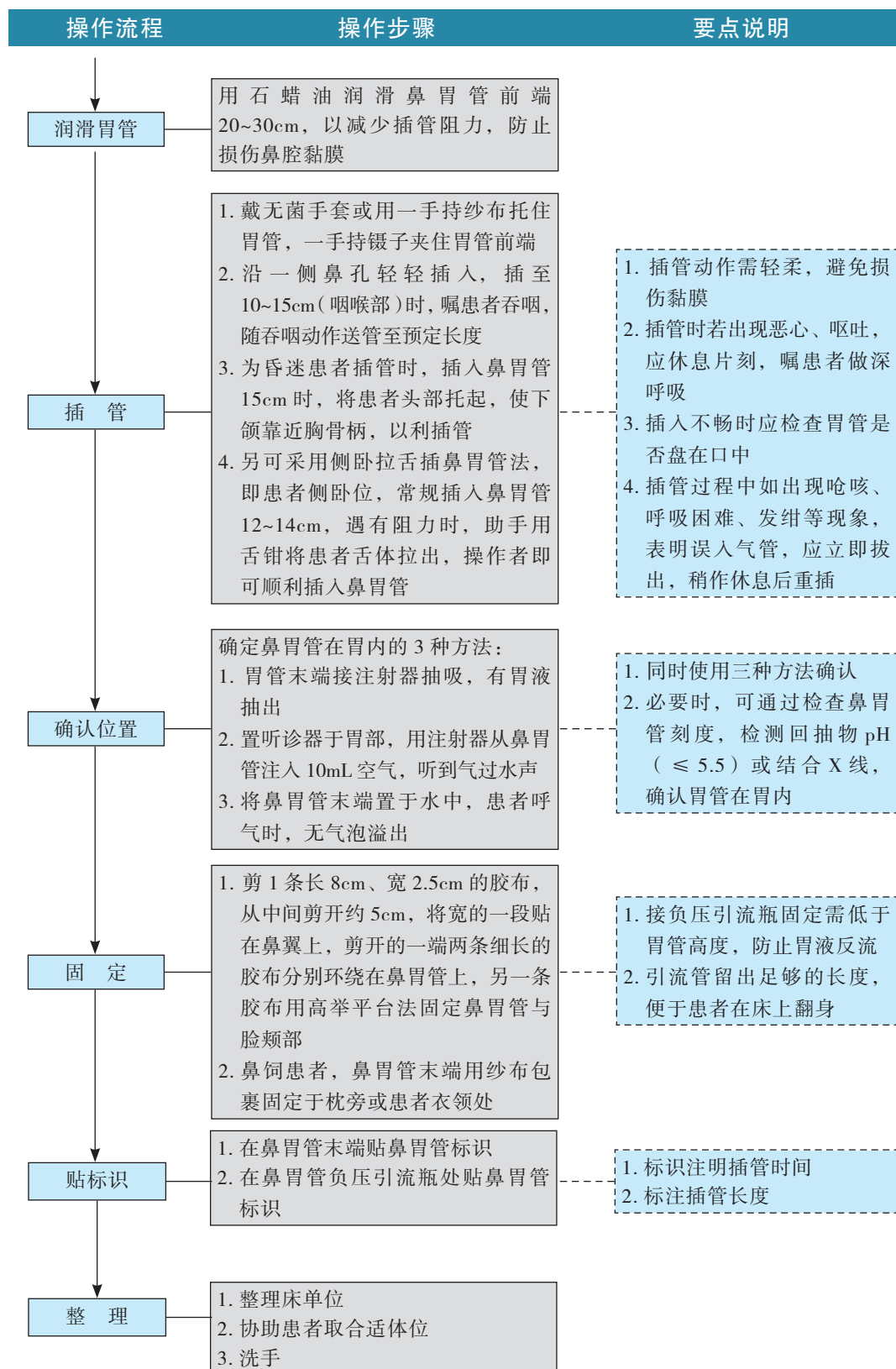
鼻胃管插管（nasogastric tube intubation）是指经鼻腔将导管插入胃内，以达到胃肠减压、胃肠引流以及为不能经口进食的患者提供肠内营养的目的。

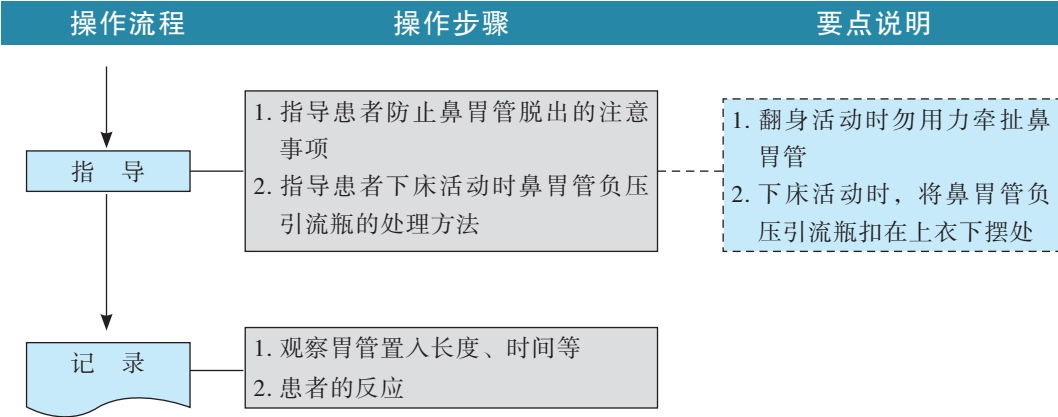
#### 四、适宜人群

1. 通过改良洼田饮水试验分级评定Ⅲ级及以上患者。
2. 吞咽障碍合并认知或精神障碍所致的进食不足，以及因口咽、食管疾病而不能经口进食的患者，如脑卒中、脑外伤、痴呆、口腔疾患、口腔手术后、食管狭窄、食管气管瘘、某些手术后或肿瘤患者。
3. 由全胃肠外营养过渡到肠外加肠内营养，以及由肠内营养过渡到经口进食者。

## 五、操作







六、常见并发症及处理措施

并发症	预防及处理措施
脱管与堵管	<div>1. 选择粗细适中、柔软、稳定性好的鼻胃管</div> <div>2. 妥善固定鼻胃管</div> <div>3. 每次输注前后用温开水冲洗鼻胃管</div>
肺部感染	<div>1. 加强口腔护理</div> <div>2. 选择合适的胃管，控制注食的速度与量，加强注食前后体位管理</div> <div>3. 鼓励患者深呼吸、咳嗽，必要时雾化吸入，促进排痰</div> <div>4. 严格按照无菌操作流程执行</div>
消化道出血	<div>1. 插管动作轻柔，勿强行插管，必要时使用专业导管</div> <div>2. 无胃液引出时，可注入少量盐水后回抽，勿盲目回抽</div> <div>3. 回抽液体为鲜红时，应暂停注食，告知医生，及时处理</div>

第二节 鼻肠管插管

一、目的

1. 为不能或不宜经口进食的吞咽障碍患者提供营养支持途径。
2. 为不适宜经鼻胃管补充营养的吞咽障碍患者提供营养支持。

二、权责

1. 护士：遵循无菌技术、标准预防操作原则，把鼻肠管置入患者空肠内，向患者做好鼻肠管置入的健康宣教。
2. 患者：配合鼻肠管置入的过程，知晓鼻肠管置入的注意事项。

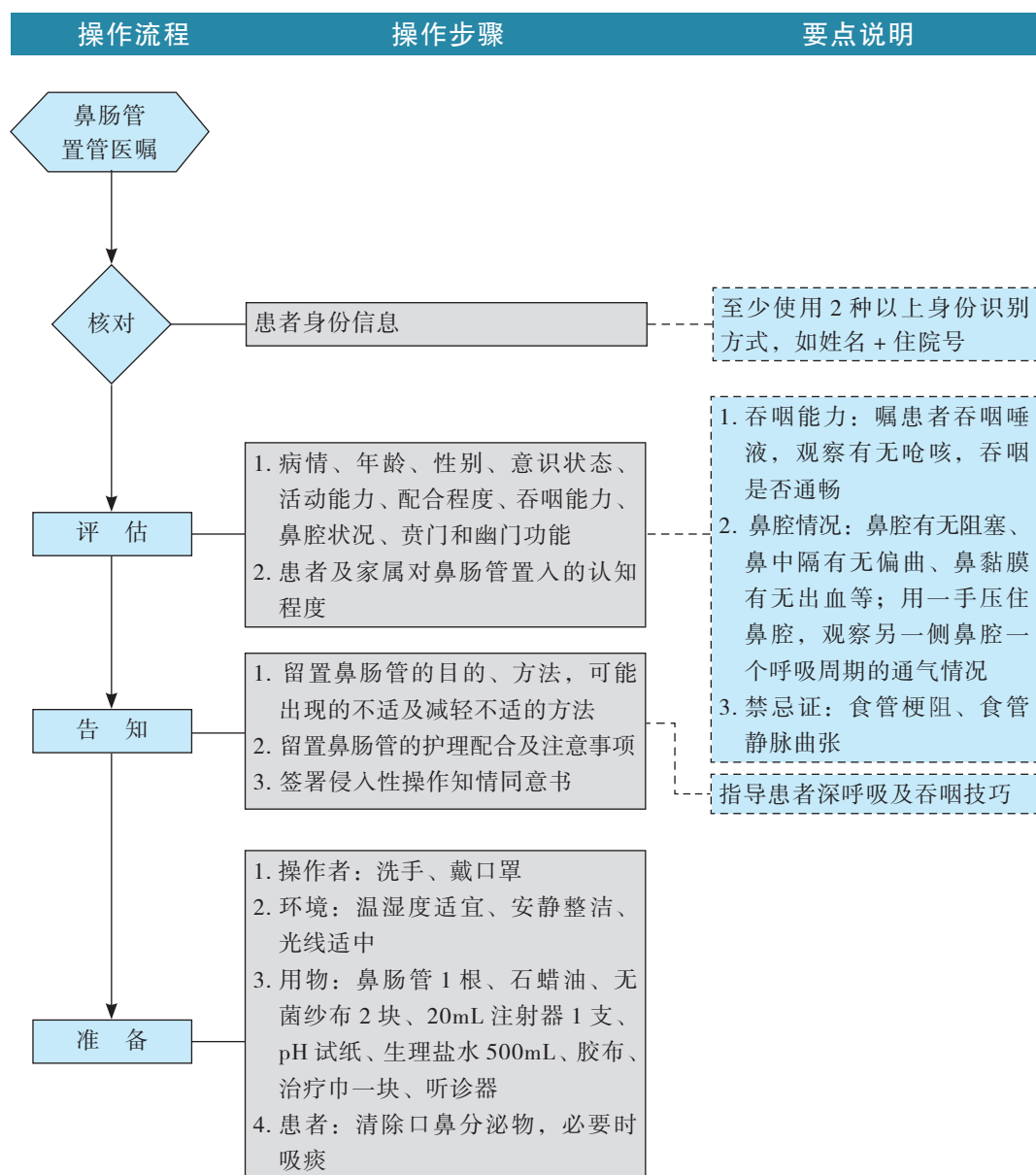
### 三、定义

鼻肠管插管（nasal intubation）是指经鼻、口咽部常规置鼻肠管至胃部后，鼻肠管随胃肠蠕动通过幽门到达十二指肠或空肠的置管方法。

### 四、适宜人群

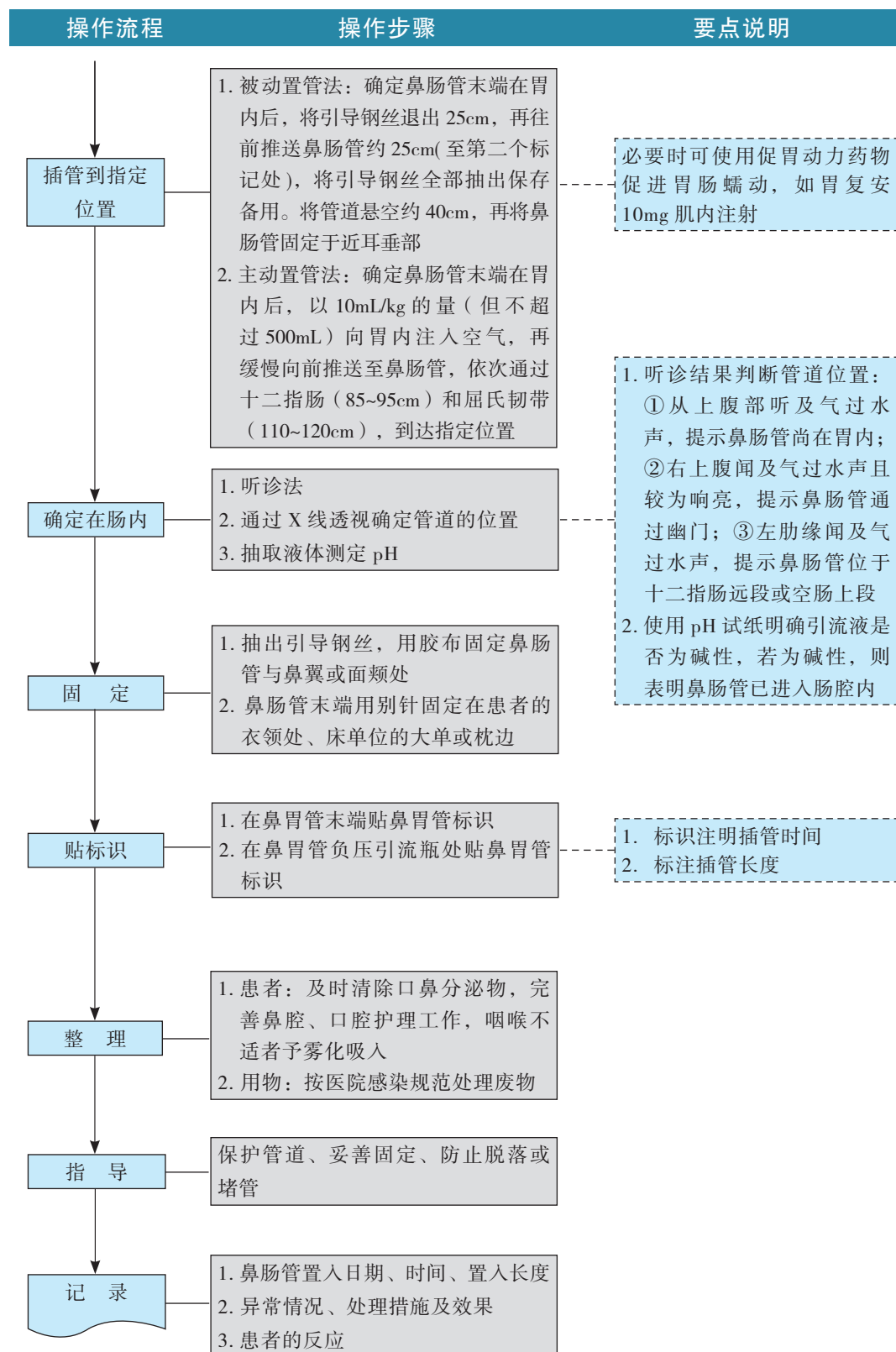
胃排空障碍、鼻饲不耐受、胃潴留、近端胃肠道吻合术后的吞咽障碍患者。

### 五、操作





操作流程	操作步骤	要点说明
摆体位	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 取半坐卧位或坐位，头偏向一侧</li> <li>2. 将治疗巾置于患者颌下，弯盘置于颊旁</li> </ol>	
鼻肠管准备	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 测量所需的长度并标记管道刻度</li> <li>2. 将鼻肠管头部浸于无菌生理盐水中</li> <li>3. 将引导钢丝的手柄完全推入鼻肠管内，使钢丝连接柄与鼻肠管末端接头连接固定</li> <li>4. 完全润滑鼻肠管</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 测量鼻肠管插入长度：前额发际至胸骨剑突处，或由鼻尖经耳垂至胸骨剑突处的距离做一标记；另在记号外 25cm 和 50cm 处再各做一标记</li> <li>2. 根据鼻肠管材质使用石蜡油或生理盐水润滑</li> </ol>
清洁鼻腔	检查、清洁鼻腔，观察鼻腔是否通畅	选择通气好、无黏膜损伤及炎症的鼻腔插管
插管到胃	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 左手持纱布托住鼻肠管，右手戴清洁手套持管前端，沿选定侧鼻孔轻轻插入</li> <li>2. 插管至 10~15cm（咽喉部）时，根据患者具体情况进行插管：①清醒患者：嘱患者做吞咽动作，顺势将鼻肠管向前推进至第一个标记长度；②昏迷患者：左手将患者头部托起，使下颌骨靠近胸骨柄，将鼻肠管缓慢插至第一个标记长度</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 插管动作应轻稳，特别是在通过食管 3 个狭窄处时（环状软骨水平处、平气管分叉处、食管通过膈肌处），以免损伤食管黏膜</li> <li>2. 如患者出现剧烈恶心、呕吐，应暂停插入，嘱患者深呼吸或张口呼吸，休息片刻后再插至第一个标记长度</li> <li>3. 若出现剧烈咳嗽、发绀、<math>\text{SPO}_2</math> 下降，表明误入气道，应立即拔出，休息片刻后重新插入</li> <li>4. 用压舌板检查鼻肠管是否盘曲在口腔</li> </ol>
确定在胃内	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 在鼻肠管末端接注射器抽吸可抽出肠液</li> <li>2. 将鼻肠管末端置于温水中，无气泡冒出</li> <li>3. 置听诊器于胃部，用注射器快速经管向胃内注射 10mL 空气，可听见气过水声</li> <li>4. 最为理想的方法是通过 X 线透视或抽取液体测 pH 以确定管道位置</li> </ol>	pH 试纸检测抽取的液体是否为酸性，判断管道是否在胃内



## 六、操作并发症及处理措施

并发症	预防及处理措施
鼻肠管脱出	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 预防：放置鼻肠管后，嘱患者及照顾者注意管道勿拔出</li> <li>2. 妥善固定，采用胶布与盘带双重固定法，标记管道长度</li> <li>3. 将管道末端用别针固定与衣领或枕头处，并告知患者换衣或起床时勿拉扯出</li> <li>4. 鼻肠管脱出后，应立即报告医生，按医嘱重新置入鼻肠管</li> </ol>
鼻肠管堵塞	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 持续经泵滴注肠内营养者，每 4h 用 30mL 温水正压脉冲式冲管</li> <li>2. 给药、喂食前后用 30mL 温水冲管</li> <li>3. 药物尽可能碾碎、溶解后注入，避免将不同的药物混用或将药物加入营养液中输入</li> <li>4. 如遇导管不通，可用 5% 碳酸氢钠正压冲洗，但避免用力过大</li> </ol>
黏膜损伤	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 操作前充分润滑管道，指导患者配合插管方法</li> <li>2. 插管动作轻柔，插管过程中注意询问患者感受</li> <li>3. 黏膜损伤者，喂食过程中抬高床头 30°~45°，避免胃食管反流加重黏膜损伤，并注意管饲营养液温度不可过高</li> </ol>

## 第三节 间歇性经口（鼻）插管管饲

### 一、目的

1. 满足机体营养需求。
2. 机械性扩展环咽肌达到训练吞咽功能的作用。
3. 减少长期留置胃管可能导致的食管 - 咽喉反流。
4. 不影响美观，改善患者情绪。

### 二、权责

1. 护士：遵循专科操作原则——动作轻柔，无损伤发生；向患者做好间歇置管的健康教育。
2. 患者：配合置管过程，知晓间歇置管的注意事项。

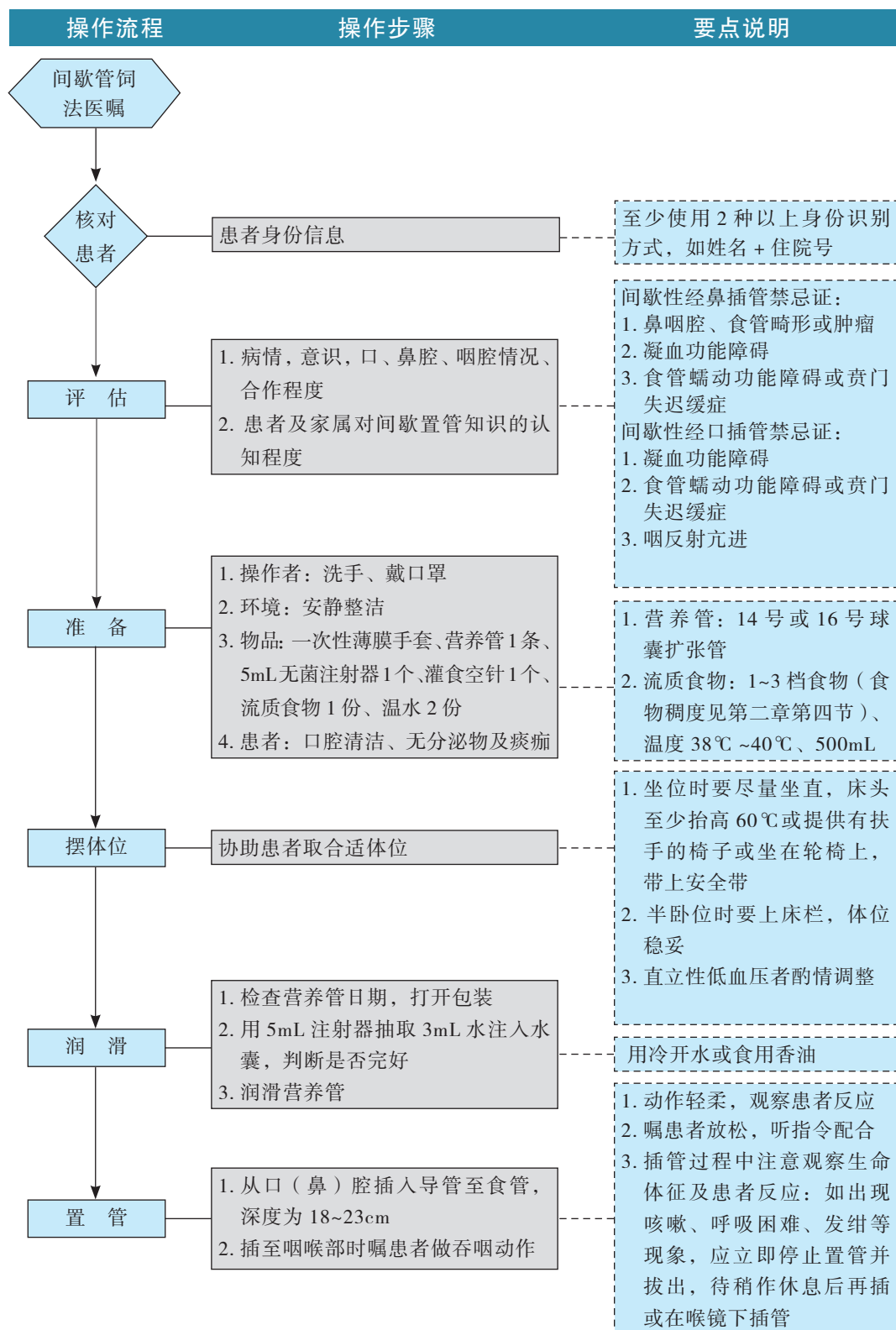
### 三、定义

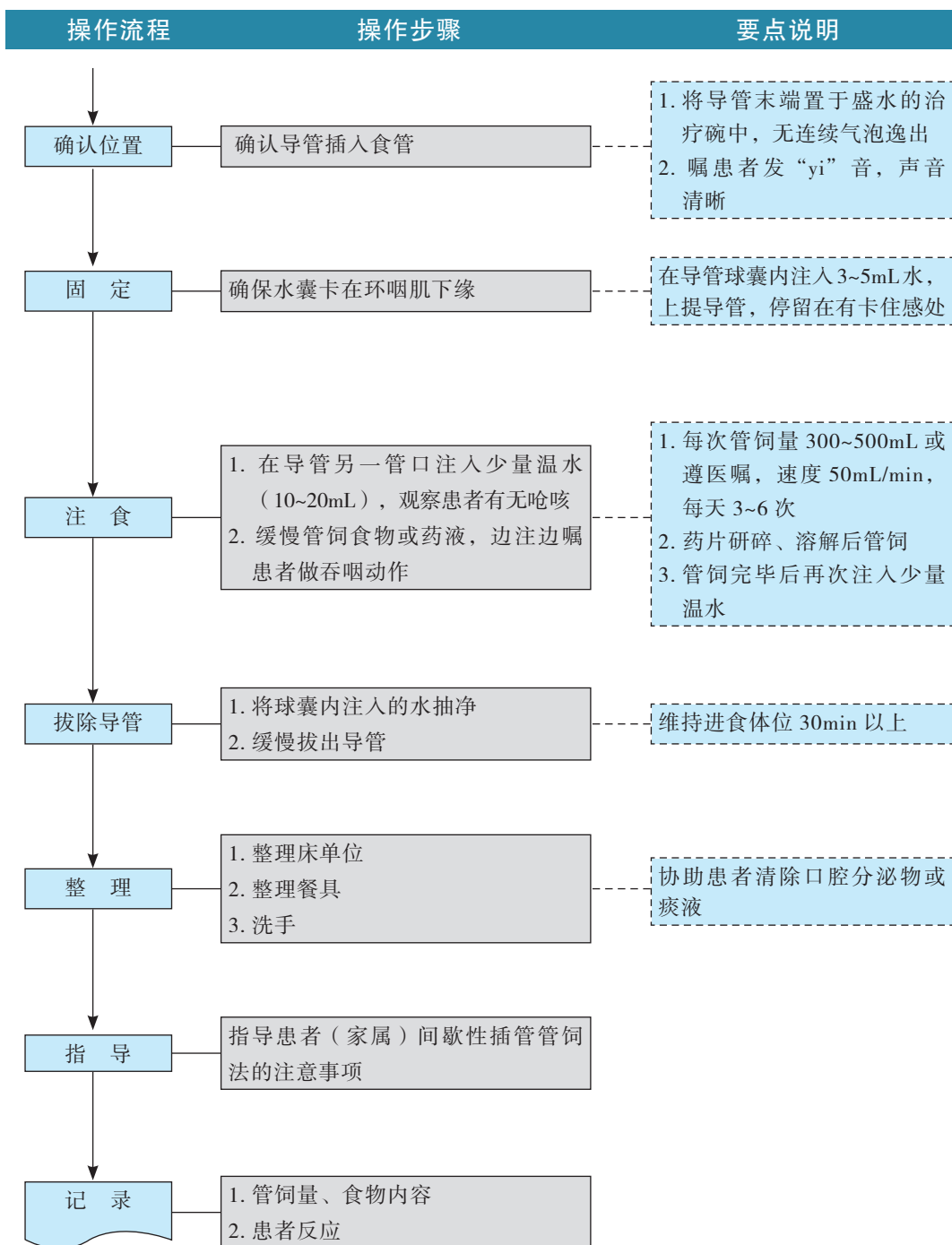
间歇性经口（鼻）插管管饲（intermittent oro-esophageal tube feeding, IOE; intermittent naso-gastric tube feeding, ING）指将营养管经口或鼻插入食管从而为患者进行管饲注食，管饲后拔出营养管的技术。

### 四、适宜人群

各种原因所致的经口摄食障碍，但食管功能和胃肠功能正常，需短期或长期管饲营养支持者，或作为某些疾病的过渡期及终末期营养支持方式。

## 五、操作





## 六、操作并发症及处理措施

并发症	预防及处理措施
误入气管	1. 按照操作规范流程操作 2. 使用 2 种方式确认管端置入位置
食物反流	1. 严格按照要求摆放管饲体位 2. 控制注入食物的速度及量

## 第四节 胃造瘘

### 一、目的

1. 为不同原因导致吞咽困难、无法经口正常进食的患者提供胃肠内营养途径。
2. 为需长期管饲营养支持的患者提供营养物质、水分、药物，维持患者营养和治疗的需要，维持胃肠道的正常功能，减少胃肠道代谢以及感染等相关并发症的发生。

### 二、权责

1. 护士：遵循标准护理操作流程相关原则，维护胃造瘘管道，向患者及家属做好胃造瘘健康教育。
2. 患者：配合护理及管饲过程，知晓留置胃造瘘管的注意事项及紧急情况的处理。

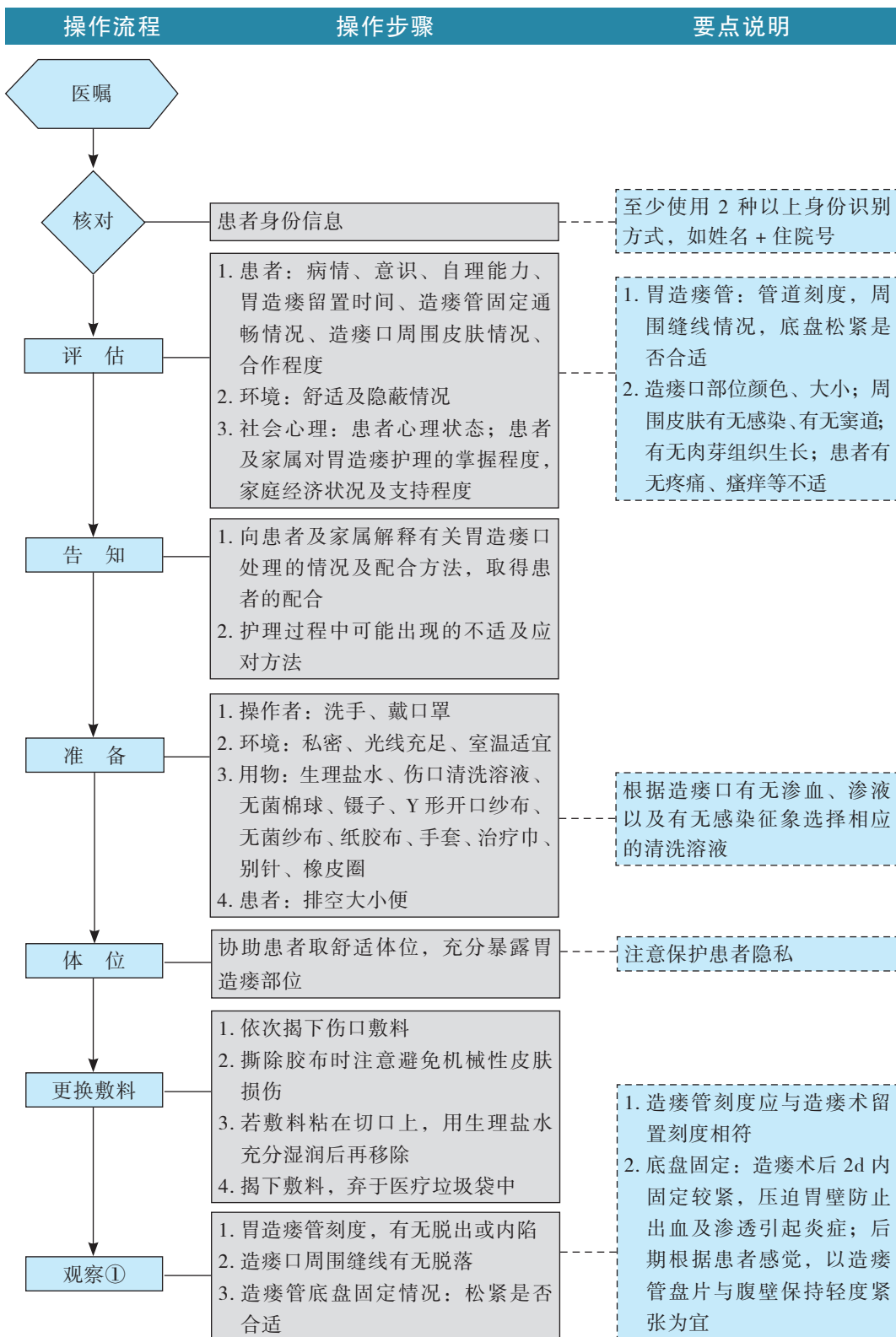
### 三、定义

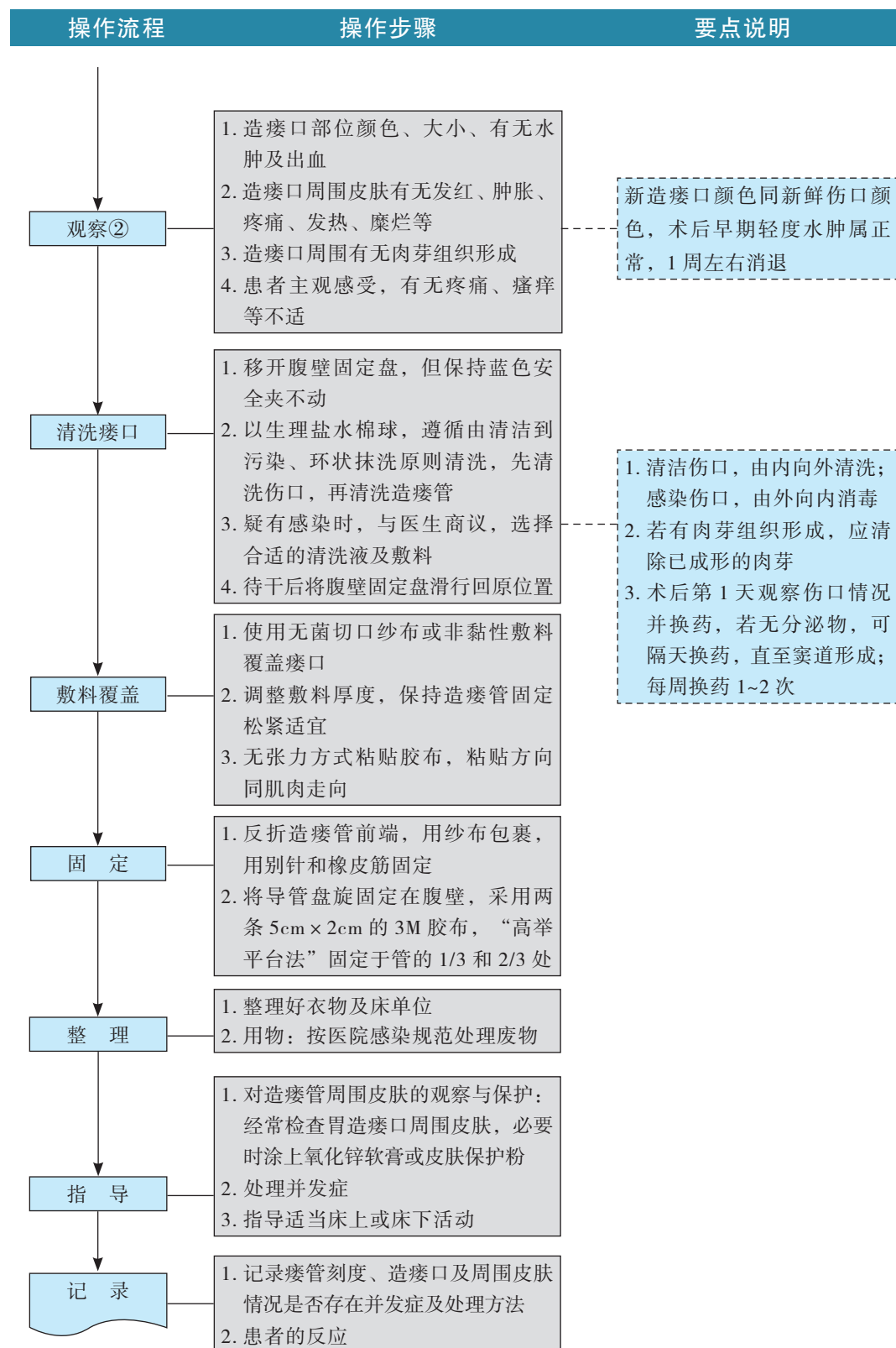
经皮内镜下胃造瘘术（percutaneous endoscopic gastrostomy, PEG）是在纤维内镜的协助下，用套管针经腹壁穿刺入胃腔，置入导丝，引导胃造瘘管经口腔、食管进入胃腔，从而形成的胃造瘘，以达到对不能经口进食的患者行胃肠道营养或胃肠道减压的治疗目的。胃造瘘的护理是通过评估、清洁、护理等维持胃造瘘管的固定和通畅，避免并发症的发生。

### 四、适宜人群

对于各种原因所致的经口摄食障碍，但胃肠功能正常，需长期管饲营养支持的患者。如各种中枢神经系统疾病导致吞咽障碍者；头颈部肿瘤（如鼻咽癌）放疗或手术前后吞咽困难者；呼吸功能障碍行气管切开、气管插管，需长时间管饲者；吞咽功能正常，但摄入不足，如烧伤、AIDS、厌食、骨髓移植后者。腹部手术后胃瘫、胃潴留、胃排空障碍者（空肠营养管）；各种原因所致持续、顽固呕吐（肿瘤化疗等）。

## 五、操作







## 六、常见并发症及处理措施

并发症	预防及处理措施
造瘘口周围感染	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 每天观察造瘘口周围皮肤，换药清洁伤口；浴时应避免淋湿造瘘口，保持造瘘口的清洁干燥；定期查腹部情况，避免发生腹胀</li> <li>2. 造瘘口周围出现红肿、疼痛、脓性分泌物，先用 2% 双氧水清洗，再用生理盐水清洗后予氧化锌软膏外涂；或给予 10% 氯化钠溶液局部湿敷，必要时按医嘱使用抗感染药治疗</li> <li>3. 注意胃造瘘管与胃壁及造瘘管固定盘片与腹壁接触的松紧度，应保持轻度紧张</li> </ol>
管腔堵塞	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 搅拌机搅碎食物</li> <li>2. 喂药时药片要研碎溶解后注入，给药后用 30~50mL 温开水冲洗，避免与营养液混在一起</li> <li>3. 持续滴注 6h 后，用 37℃ 左右的生理盐水或温开水 50mL 稍加压力冲洗</li> <li>4. 每隔 2h 移动加温器位置一次</li> <li>5. 如发生堵管，轻轻挤压管道以便再通；若仍未通，则更换管道，切勿用高压冲洗或导丝再通</li> </ol>
管道脱出	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 烦躁患者适当约束</li> <li>2. 一次性水囊胃造瘘管每 3~4 个月更换一次</li> <li>3. 一旦脱管，立即停止喂食，取半卧位；用安尔碘或 75% 酒精消毒造瘘口周围皮肤</li> <li>4. 置管 1 周内脱出，应尽快与手术医生联系重新置管</li> <li>5. 若患者已形成瘘管，则将造瘘管消毒后重新置入，注气后拉紧造瘘管并固定</li> </ol>

## 第五节 治疗性经口进食

### 一、目的

1. 让吞咽障碍患者从管饲注食向正常经口进食过渡。
2. 通过进行治疗性经口进食有效改善患者的吞咽功能，使患者安全、有效地进食，避免出现误吸、吸入性肺炎等并发症。
3. 让患者恢复摄食 - 吞咽功能，及时得到足够的营养补充，提高患者的生活质量。

### 二、权责

1. 护士：熟悉并掌握患者摄食训练的要点，并能采用才藤式 7 级评价法对 4~6 级吞咽障碍患者进行治疗性进食指导。
2. 患者：在护士的指导和协作下，能配合经口安全进食，及时清除口腔残留

食物，避免误吸。

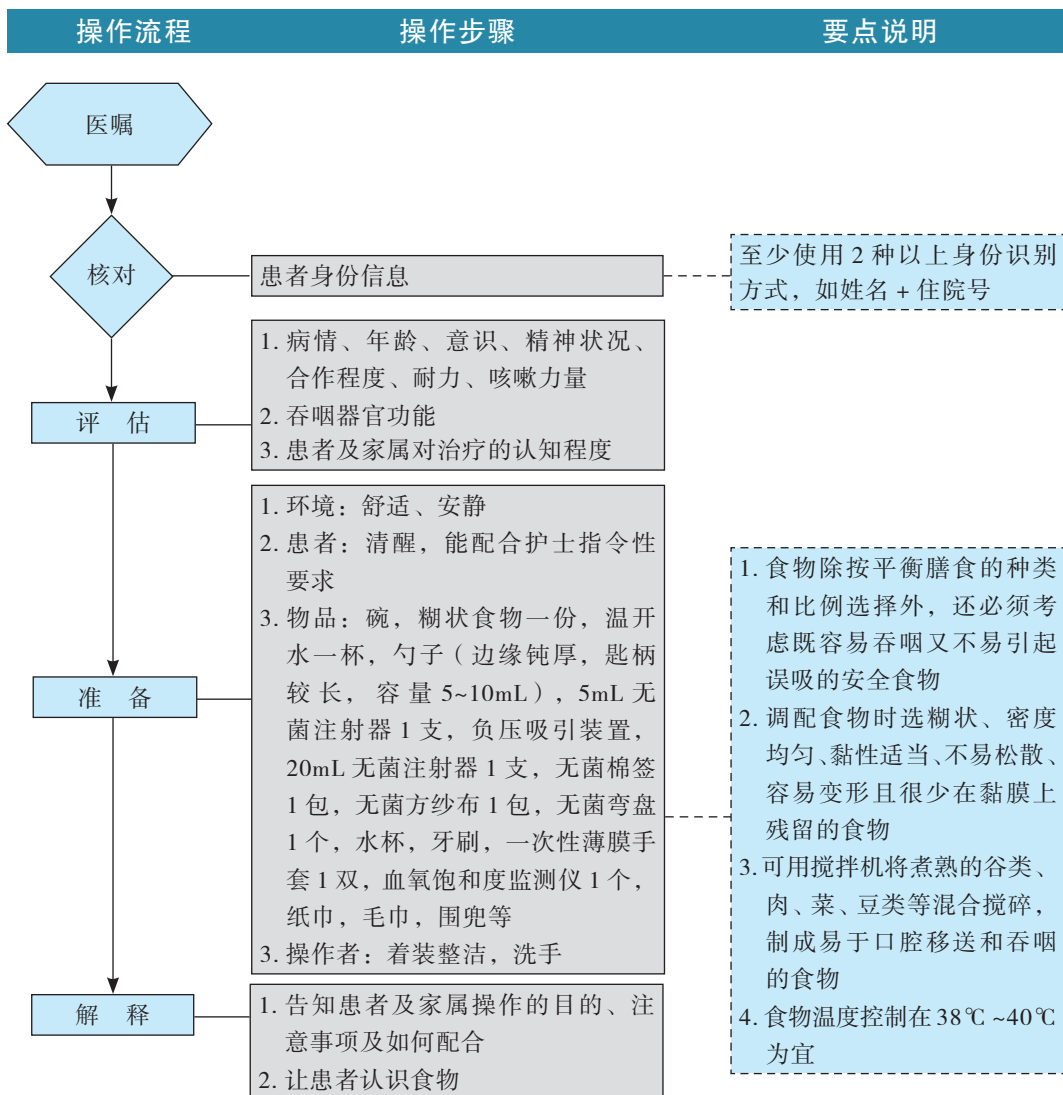
### 三、定义

治疗性经口进食（therapeutic oral feeding）即摄食直接训练，指进食时通过采取针对性的措施，帮助患者安全、有效地摄取足够的食物，以满足机体需求。针对性措施包括进食体位、食物的形态、食团入口位置、食团性质、一口量及进食速度和进食环境等。

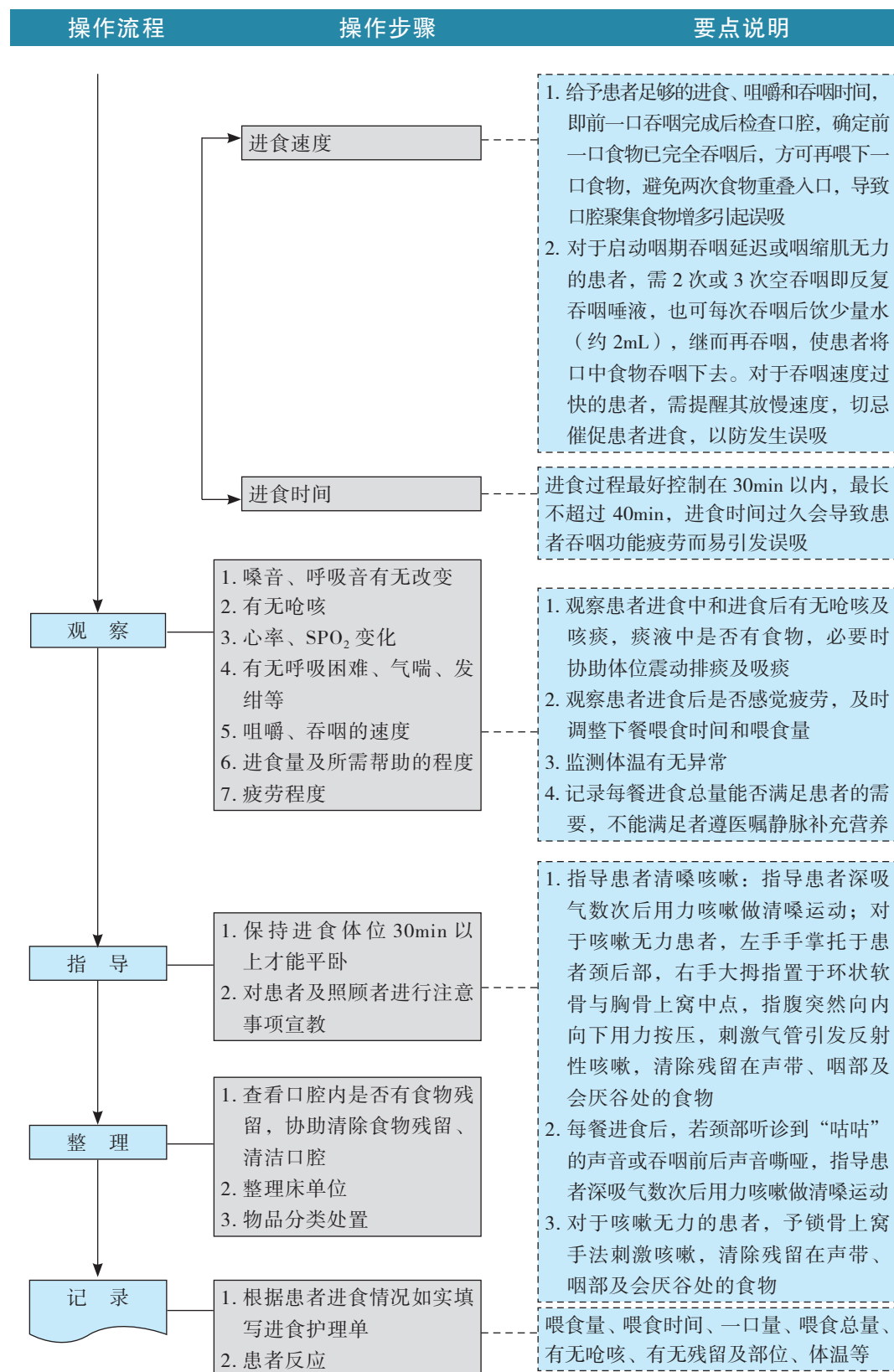
### 四、适宜人群

适用于才藤式7级评价法评估吞咽障碍4~6级的患者。

### 五、操作



流程	操作步骤	要点说明
<pre> graph TD     A[摆体位] --&gt; B[进食前]     B --&gt; C[进食]     C --&gt; D[确认食团放入位置]     C --&gt; E[确认一口量]     C --&gt; F[吞咽技巧]           </pre>	坐位，保持躯干 90° 或健侧侧卧位	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 患者能坐起来不要躺着，能在餐桌边不要在床边</li> <li>2. 患者进食过程中尽量取健侧 30°~60° 侧卧卧位，颈和头稍前屈，用枕头垫起偏瘫侧肩部；喂食者立于患者健侧，该体位能减少食物向鼻腔反流误吸的风险</li> <li>3. 依照进食护理单确定进食姿势</li> </ol>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 协助患者清洁口腔</li> <li>2. 胸前垫围兜，健侧中指戴血氧饱和度监测指套</li> </ol>	对于口腔感觉差、吞咽启动延迟或咽肌收缩无力患者，要注意喂食前用冰冷的棉棒轻轻刺激患者软腭、腭弓和舌根咽后壁，以改善患者的本体感觉；进食过程中把食物送到口中时，应用冷热食物交替喂食，以反复刺激吞咽功能启动
	确认食团放入位置	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 把食物放在健侧舌的中后部或健侧颊部，这样有利于食物吞咽，减少食物在患侧及口腔残留</li> <li>2. 用匙勺向舌部施力增加感觉，以引起吞咽反射</li> </ol>
	确认一口量	一口量容积过大，食物难以一次通过咽门，容易从口中漏出或滞留在咽部，增加误咽风险；过少则因刺激强度不够，难以诱发吞咽反射。先以 2~3mL 试之，然后酌情增加至适合患者的一口量
进 食	吞咽技巧	特殊吞咽技巧：①转头吞咽，咽部两侧的梨状隐窝容易残留食物，指导患者咽下食物时头部转向健侧，使患侧咽腔变窄小，健侧的食管扩大，保证食团无障碍地通过梨状隐窝。②仰头吞咽，对于舌头运送功能差的患者，仰头吞咽使食团较容易进入咽期，可减少食物鼻腔反流以及从口腔漏出。会厌谷也是容易残留食物的部位，吞咽时指导患者先颈部后屈仰头，使会厌谷间隙变小，残留食物易被挤出，紧接着颈部前屈点头，同时嘱患者用力做吞咽动作。③低头吞咽是指下颌贴近锁骨上窝，使舌骨与喉间距离缩短，会厌软骨被推进咽后壁，会厌软骨与杓状软骨间距离减小，从而使呼吸道入口变窄，对呼吸道入口闭合不全的患者能降低食物误入气道的风险



## 六、操作并发症及处理措施

### （一）误吸

临床表现：进食中或进食后呛咳，吞咽中或吞咽后嗓音改变，口鼻腔有食物残渣，呼吸时发出痰鸣音或咕咕声，胸部和颈部听诊有异常的呼吸音，可吸出有浓痰或食物残渣，体温异常升高。

预防及处理措施：

1. 严格按照治疗性经口进食流程执行。
2. 对家属或陪人进行进食健康教育。

### （二）窒息

1. 临床表现：在患者进食时，应注意辨识窒息的先兆，窒息的主要表现是呼吸困难，或呼吸带有杂声，像被人扼住脖子。如患者不能给出明确信息，可以通过以下迹象来判断：①不能说话；②欲用力咳嗽而咳嗽不出；③皮肤、嘴唇和指甲发绀；④瞳孔散大，意识丧失；⑤大小便失禁等。

2. 急救：采用海姆利克急救法进行急救，见第二章第四节（摄食评估）。

## 第六节 肠外营养配置与滴注

### 一、目的

1. 使患者在无法正常进食的状况下仍可以维持营养状况。
2. 保证吞咽障碍、手术后以及高代谢患者的热量及营养素的摄入，促使伤口愈合，维持机体新陈代谢，尽快过渡到经口进食。
3. 使幼儿继续生长、发育。

### 二、权责

1. 护士：根据病情、医嘱准确安全地配置肠外营养液；严格遵循无菌操作原则；知晓肠外营养的并发症及处理方法；正确使用输液泵；向患者做好肠外营养滴注的解释工作，做好健康教育。
2. 患者：配合肠外营养液的滴注，知晓其注意事项。

### 三、定义

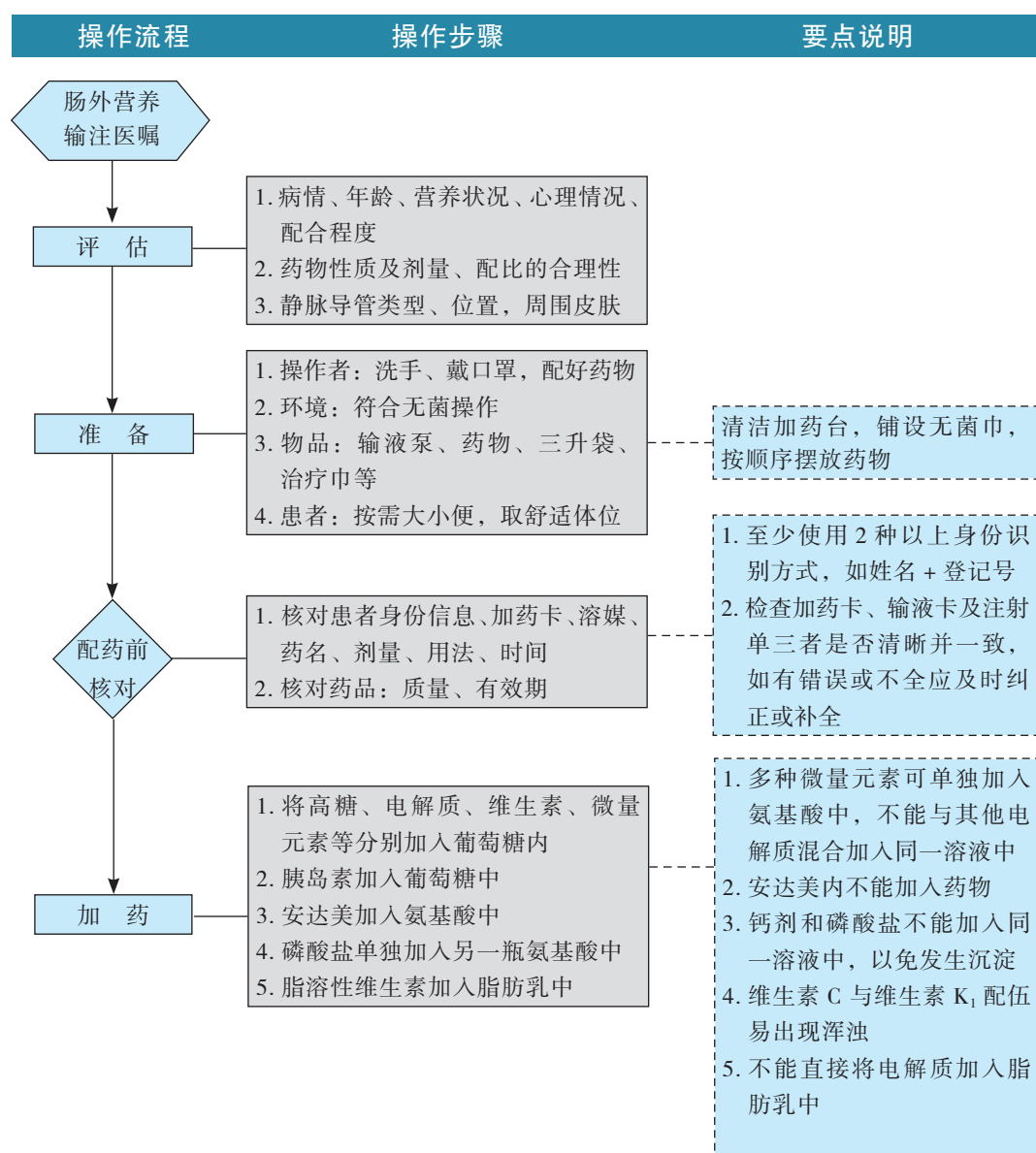
肠外营养（parenteral nutrition, PN）是按照患者的需要，通过周围静脉或中心静脉输入患者所需的能量及营养素，包括氨基酸、脂肪乳、各种维生素、电解质

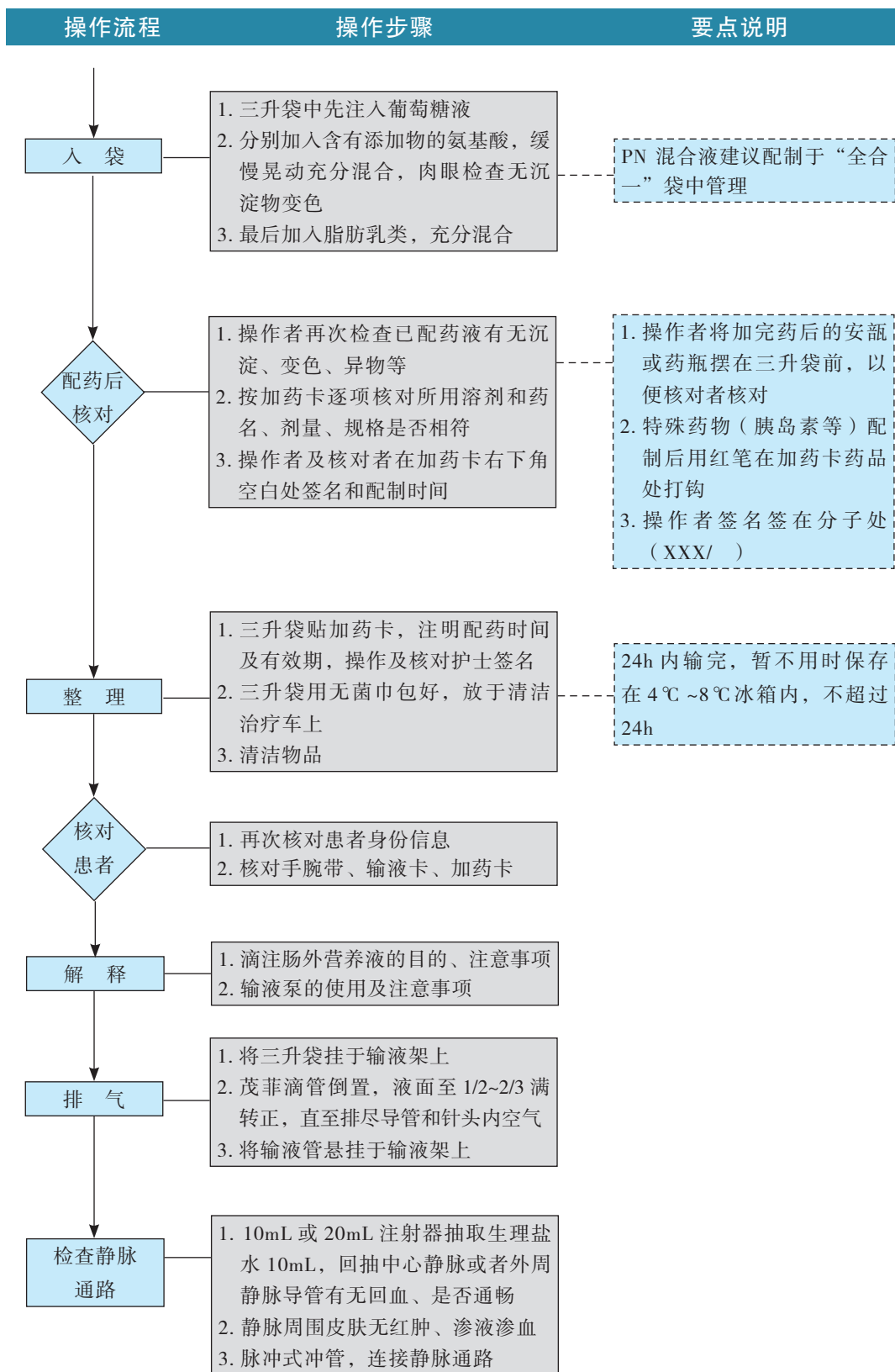
和微量元素的一种营养支持方法。

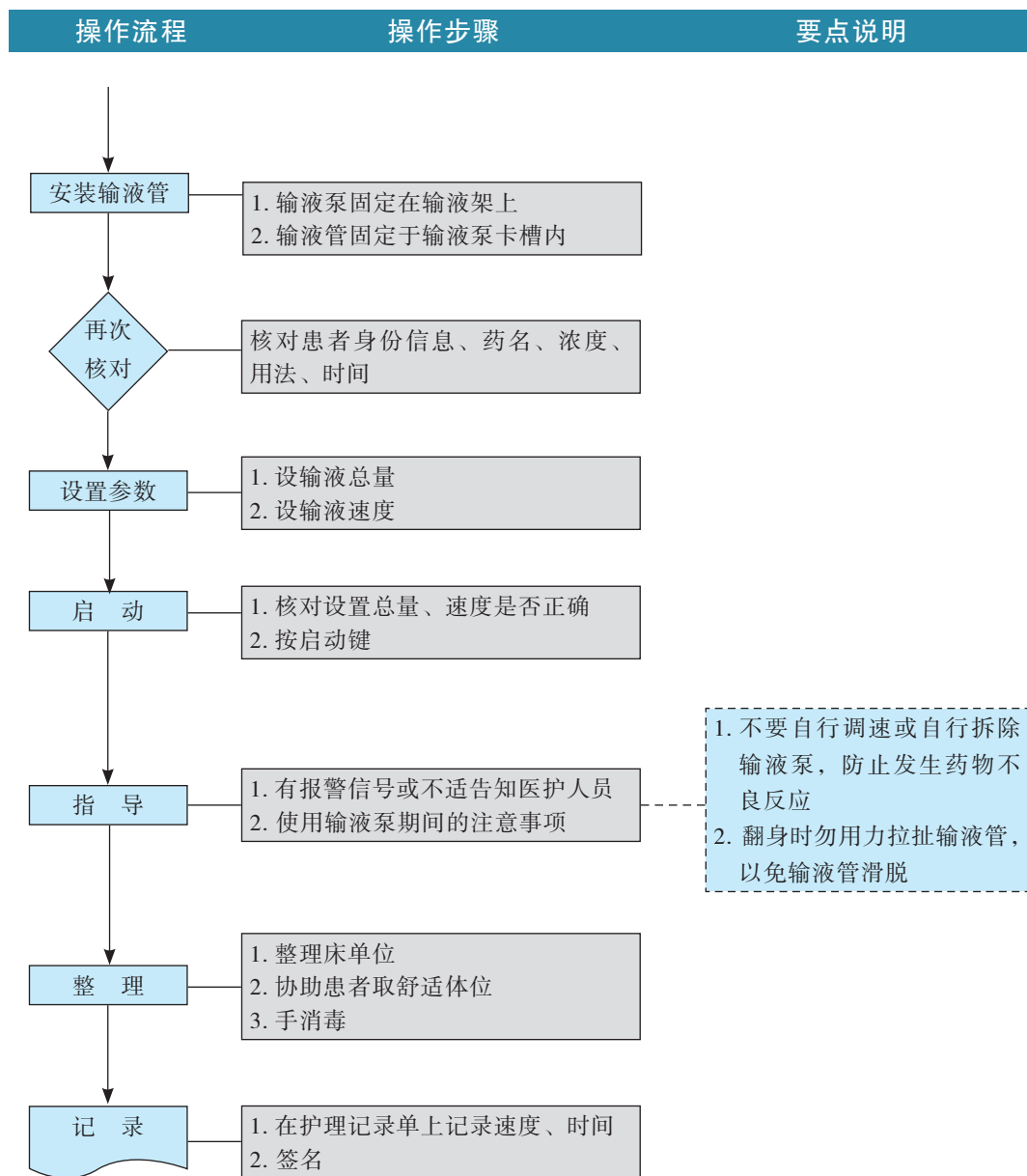
#### 四、适宜人群

吞咽障碍，胃肠道梗阻，胃肠道吸收功能障碍（短肠综合征、小肠疾病、放射性肠炎、严重腹泻、顽固性呕吐 >7d），重症胰腺炎，高分解代谢状态（大面积烧伤、严重复合伤、感染），严重营养不良，大手术，创伤的围术期，肠外瘘，重要脏器功能不全等患者。

#### 五、操作







## 六、肠外营养的常见并发症及处理措施

1. 导管并发症：如气胸、血气胸、神经血管损伤、导管体内断裂、空气栓塞、导管堵塞、导管滑脱后皮下积液等，严格按照操作规范执行。

2. 感染并发症：如导管感染、肠源性感染、营养液污染等。预防导管感染的关键是严格执行无菌技术原则。长期的传统 PN 可导致肠黏膜萎缩及肠道细菌移位，如果在营养液中加入谷氨酰胺，可增强肠黏膜的屏障功能，防止肠源性败血症的发生。

3. 代谢并发症：如高血糖、低血糖。应注意输注速度和胰岛素的使用，严密



监测血糖、尿糖、电解质。

4. 肝胆并发症：成人中以脂肪性肝炎最常见，儿童以胆汁淤积为主。多数患者这些变化是暂时的，停用 PN 后可恢复正常。

5. 电解质及微量元素的缺乏：常见的有低钾、低镁、低磷。在 PN 过程中，应定期检测血电解质、应用安达美。

## 第七节 负压冲洗式口腔护理

### 一、目的

1. 保持口腔清洁、湿润，预防口腔感染等并发症。
2. 去除口臭、牙垢，增进食欲及消化功能，增加患者自信心，保证患者舒适。
3. 观察口腔黏膜和舌苔的变化及特殊口腔气味，这些可提供病情的动态信息。

### 二、权责

1. 护士：按口腔护理操作规程；动作轻柔，无损伤发生；向患者做好口腔护理的健康教育。
2. 患者：配合口腔护理过程，知晓口腔护理的注意事项。

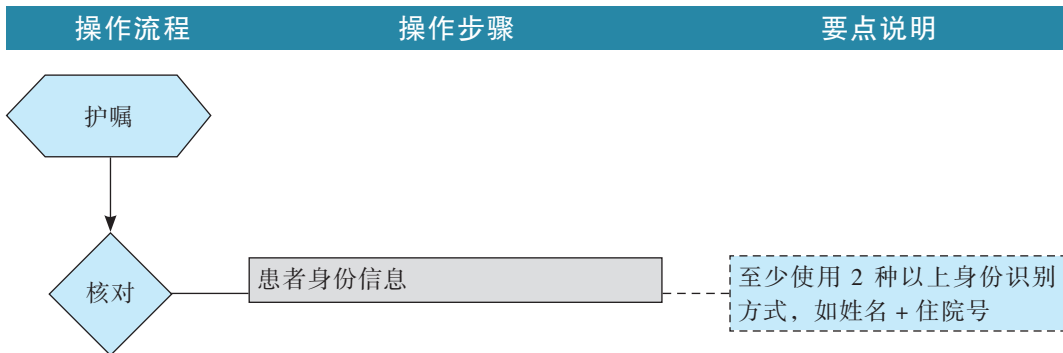
### 三、定义

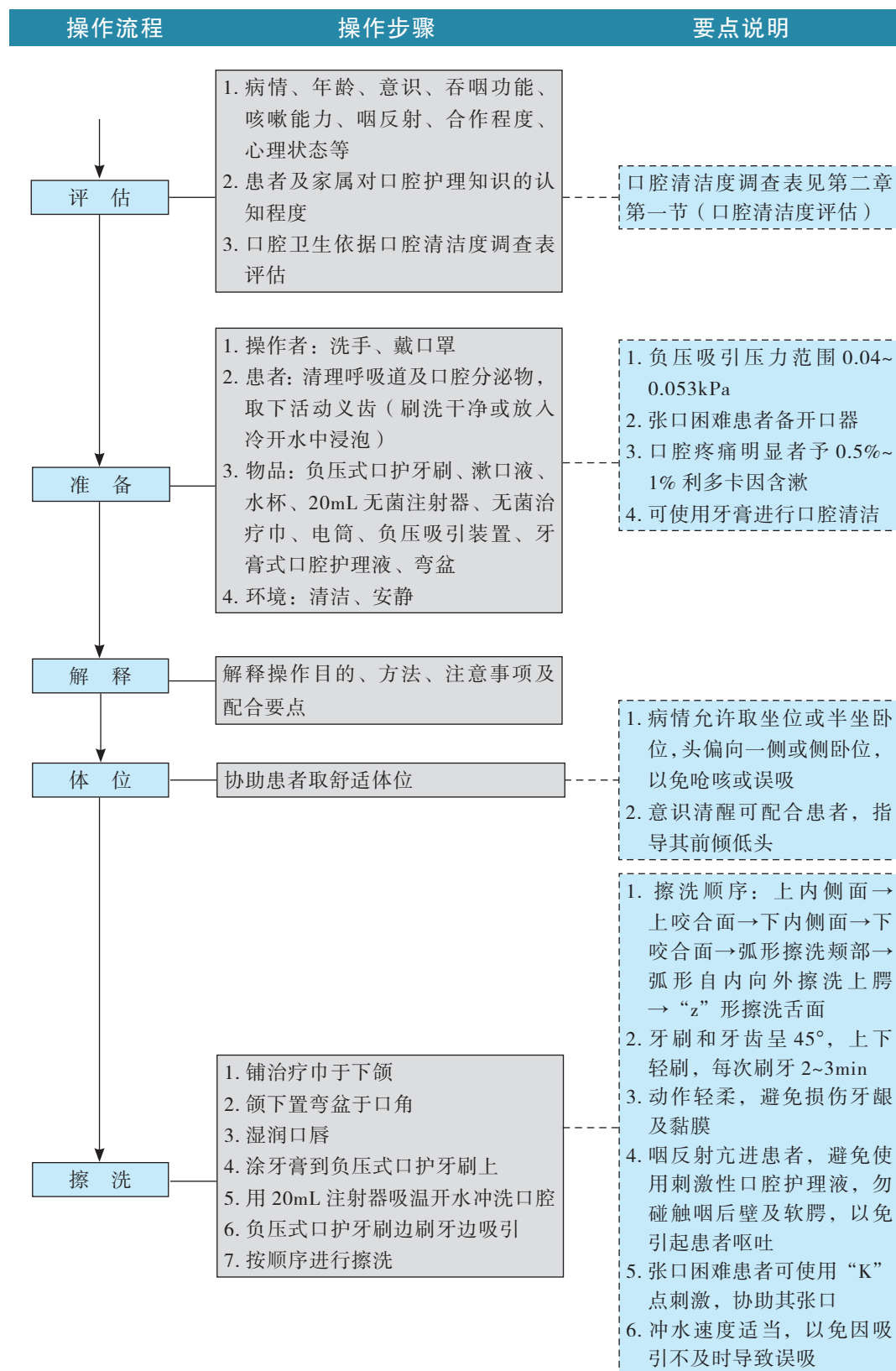
口腔护理（oral care）是指根据患者病情、治疗、口腔卫生状况、自理能力，护士指导、协助或实施的患者口腔清洁过程。负压冲洗式口腔护理针对高热、昏迷、危重、禁食、鼻饲、口腔疾患、生活不能自理等的患者，护理人员使用辅助用具为患者进行口腔清洁。

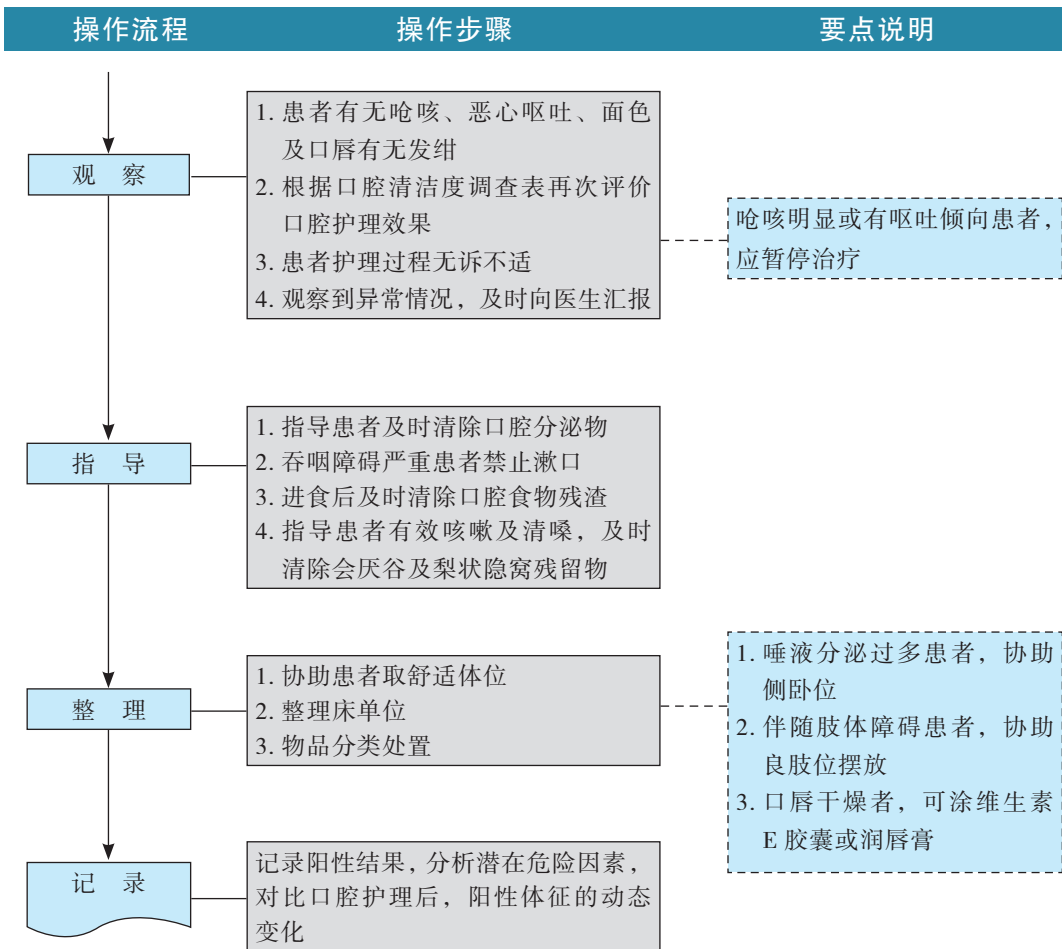
### 四、适宜人群

洼田饮水试验 3 级以上吞咽障碍或重症患者（昏迷、气管插管、气管切开）。

### 五、操作







## 五、常见并发症及处理措施

### （一）误吸

1. 原因：①体位摆放不合理。②负压吸引力不足。③冲水速度过快。
2. 护理：①正确摆放体位。②操作前仔细检查负压装置吸引压力。③冲水勿过急。

### （二）口腔黏膜损伤

1. 原因：①动作力度过大。②未正确使用护理器具。预防：操作时正确使用开口器和压舌板，钳端保证完全包裹在棉球里，避免止血钳碰伤、擦伤口腔黏膜。使用负压式口护牙刷时负压压力避免过大而损伤口腔黏膜。
2. 护理：①擦洗口腔黏膜溃疡面、糜烂处时，动作要轻柔，避免损伤导致出血。②口腔有白膜或分泌物覆盖时，不能强行擦除。③如果口腔黏膜损伤导致活动性出血，予棉球压迫止血。

## 第八节 高流量氧疗

### 一、目的

1. 改善吞咽障碍患者的通气及氧合，增加肺泡通气量。
2. 有效而精准的气道加温、加湿。
3. 辅助气管插管（切开）的吞咽障碍患者撤机。

### 二、权责

1. 护士：安全规范使用湿化治疗仪；根据病情，遵医嘱准确设置各通气参数；动态观察患者的治疗效果；向患者做好湿化治疗仪使用的健康教育。
2. 患者：配合安全使用湿化治疗仪，知晓湿化治疗仪使用过程中的注意事项。

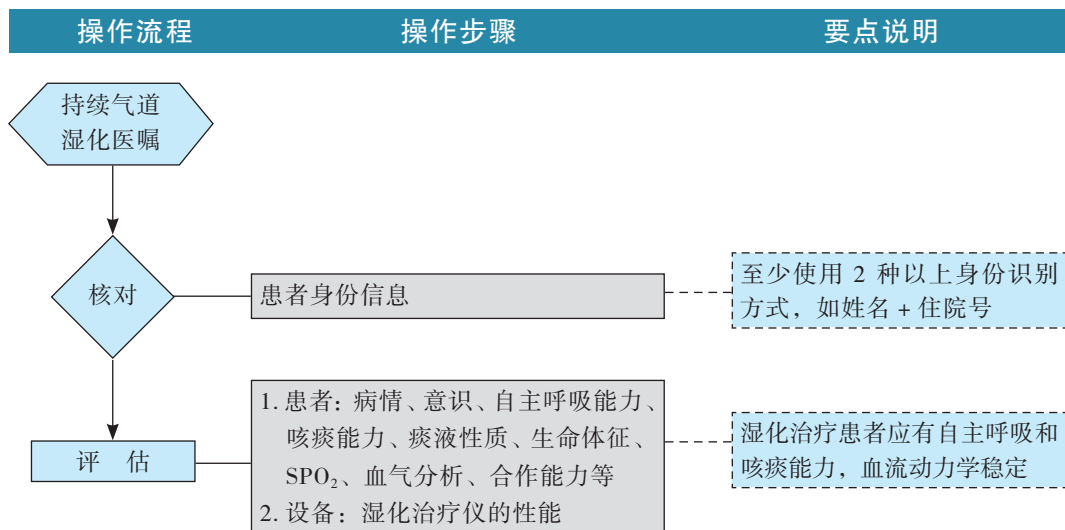
### 三、定义

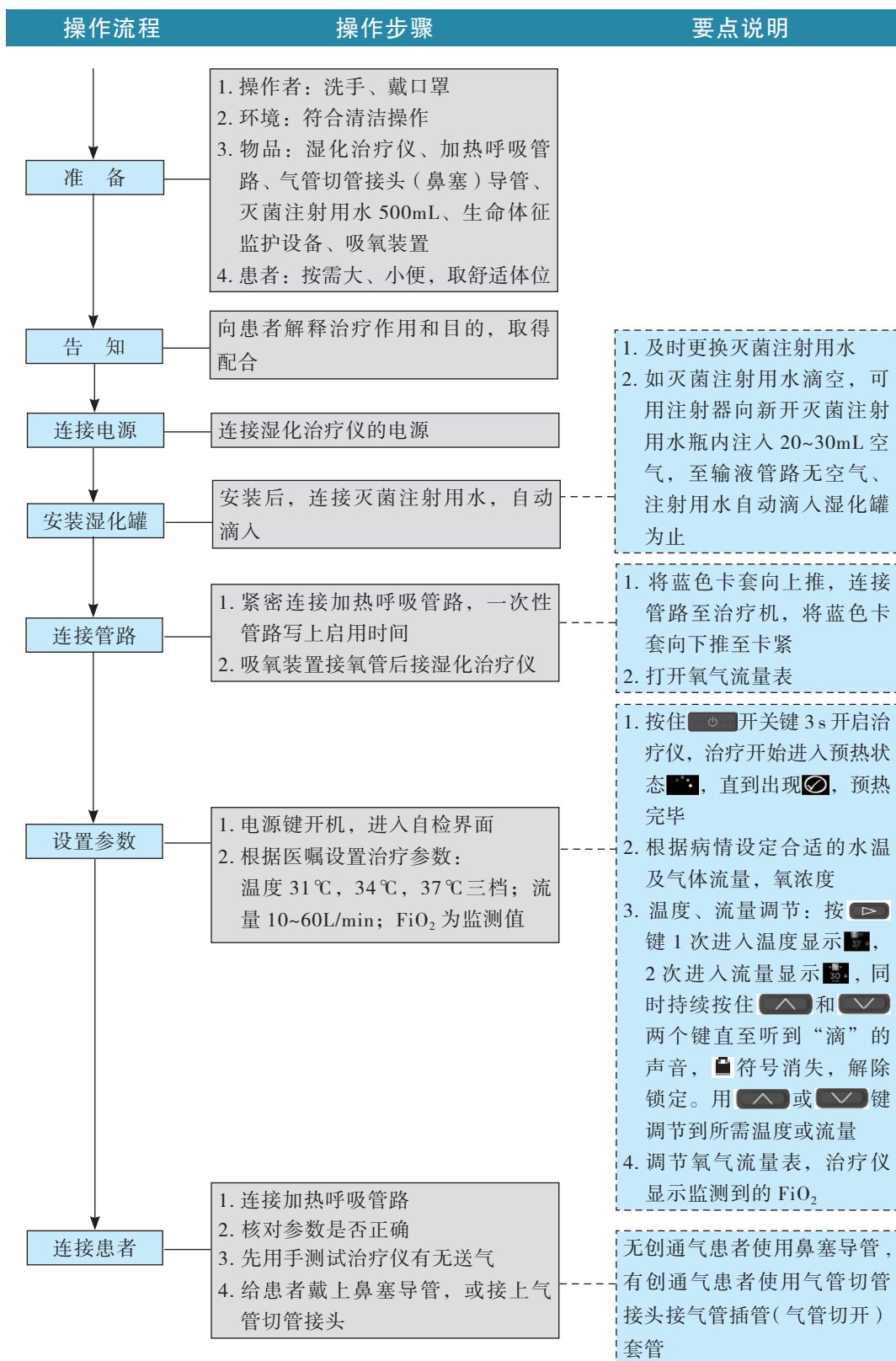
高流量氧疗（high flow nasal cannula, HFNC）是利用内置高性能的气流发生器和氧气输送系统，经过舒适的调温和柔性的自控压，给有创或无创通气患者持续正压的输送气体直达肺深部，为患者提供最佳氧疗流量，实现高效及方便的治疗体验。

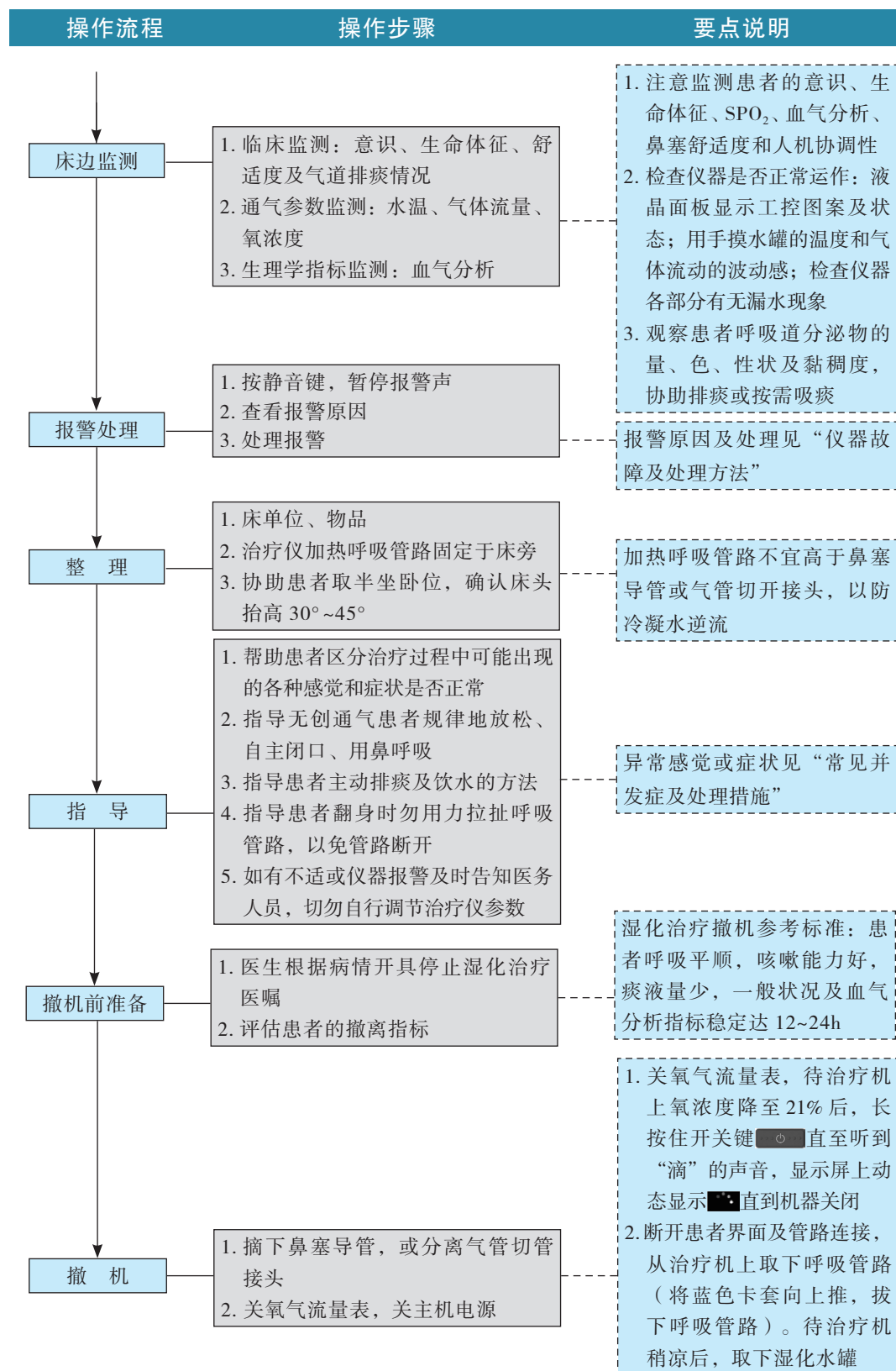
### 四、适宜人群

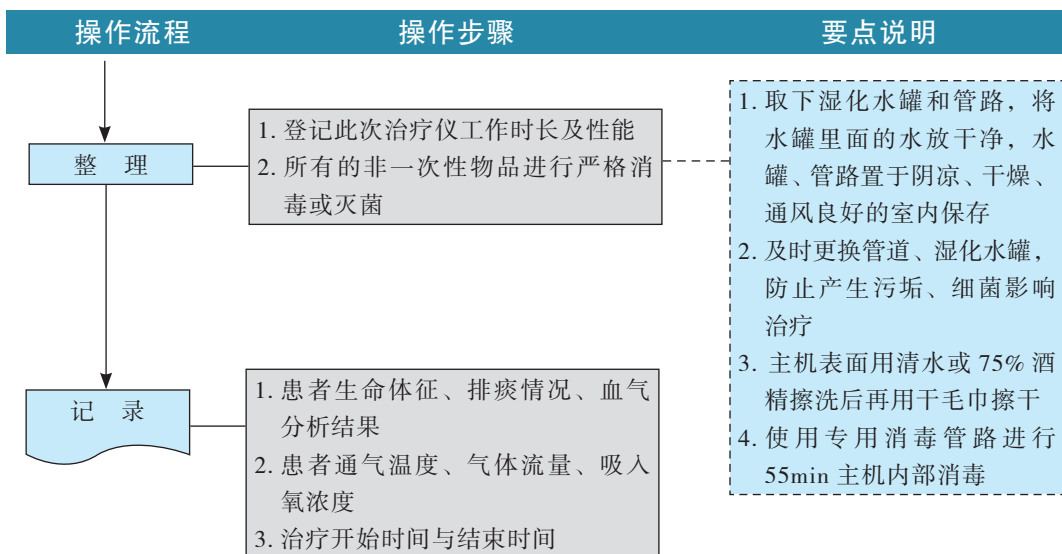
机械通气脱机、肺部感染、轻度呼吸衰竭、痰液黏稠、清理呼吸道无效（低效）的吞咽障碍患者。

### 五、操作









## 六、仪器故障及处理方法

故障现象	原因分析	排除方法
机器不运转	1. 未按启动键 2. 管路没有连接	1. 根据病情设定好参数后，按启动键 2. 将管路 with 机器连接好
湿化水罐不加热	1. 加热器损坏 2. 湿化水罐非原装	1. 应找专业工程师检查确认，返厂维修 2. 请使用回原装湿化水罐
机器一直报警	1. 管路未连接好 2. 非原装管路	1. 连接好管路，把管路卡套卡紧 2. 请使用原装管路

## 七、常见并发症及处理措施

1. 呼吸道黏膜灼伤：若未及时添加湿化液或调节温度过高，会造成患者呼吸道灼伤。应及时补充灭菌注射用水，查看温度显示，并询问患者感觉，及时进行参数调整。

2. 误吸：加热呼吸管路长时间使用会产生一定量的冷凝水，操作不当造成冷凝水逆流至患者呼吸道可导致发生误吸。应定时观察管道的连接情况，加热呼吸管路不宜高于鼻塞导管或气管切开接头，发现有冷凝水应及时倾倒；协助患者翻身前先清理冷凝水，并做好管道固定，翻身后检查是否出现管道扭曲、移位、堵塞等；患者发生误吸则应及时进行吸痰，并遵医嘱进行呼吸支持治疗。

## 八、高流量湿化氧疗仪（图 3-1）



图 3-1 高流量湿压氧疗仪

## 第九节 体位引流 + 机械辅助排痰

### 一、目的

促进痰液或误吸物排出体外，保持呼吸道通畅，预防肺部感染。

### 二、权责

1. 护士：动作轻柔，无损伤发生；正确使用体位引流及机械辅助方法，有效促进患者痰液排出，向患者做好有效咳嗽的健康教育。
2. 患者：配合排痰过程，知晓体位排痰的注意事项。

### 三、定义

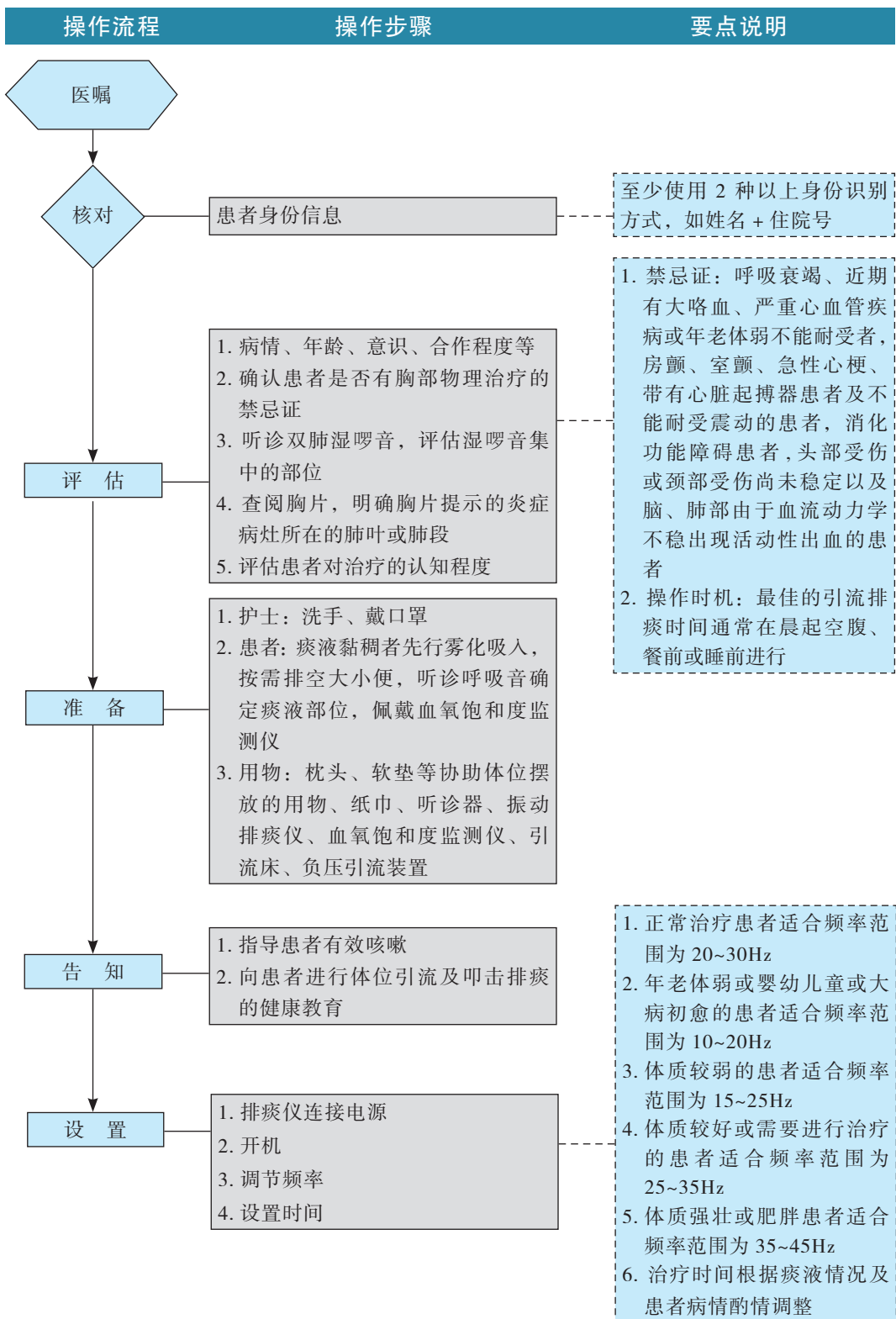
体位引流法（postural drainage）是指根据重力作用及物理定向叩击原理，使气道分泌物从细支气管移至主支气管，以便于患者自行咳出和（或）吸出的一种治疗方法。

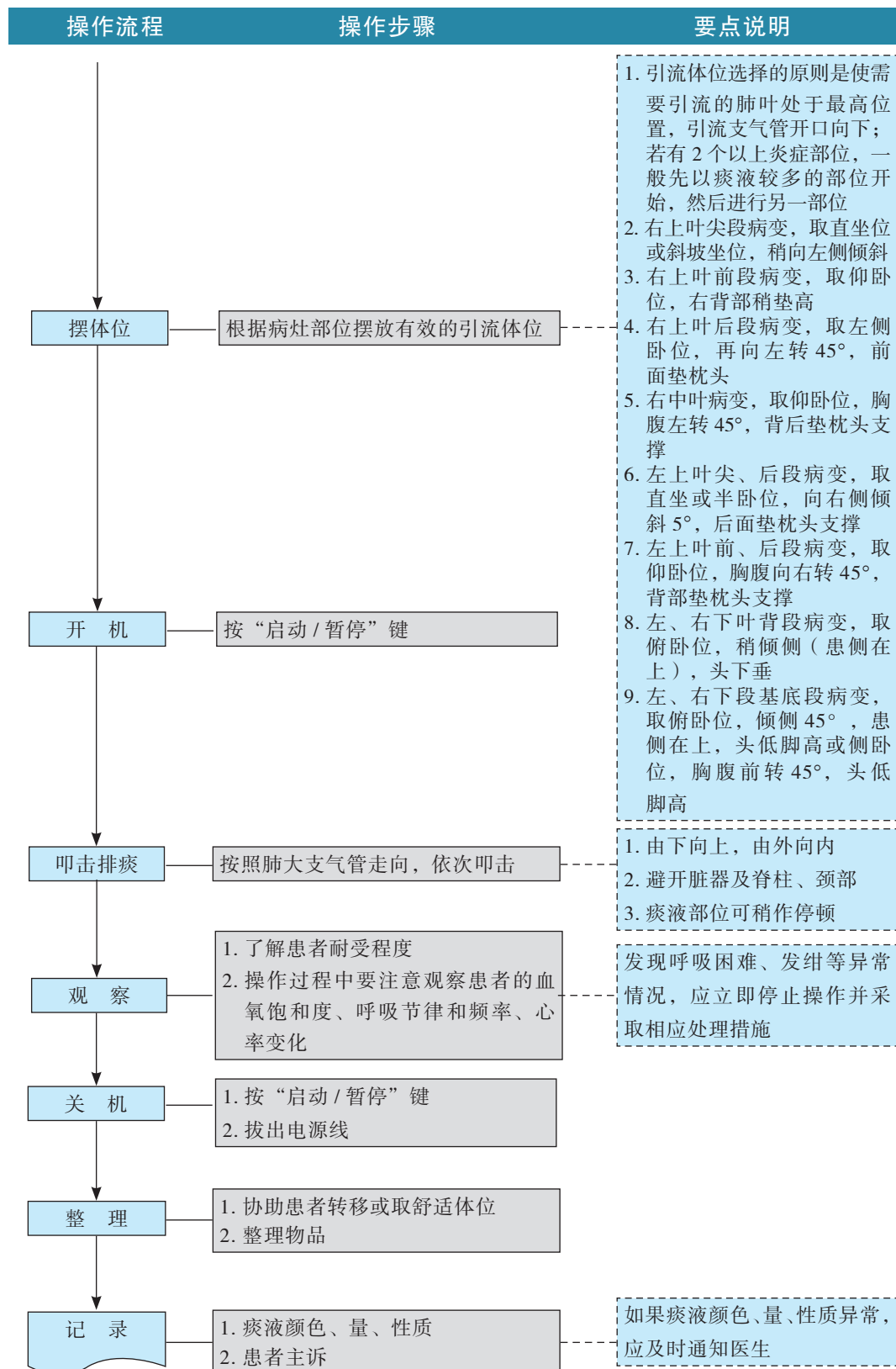
### 四、适宜人群

肺部分泌物排出困难或痰液黏稠阻塞呼吸道的吞咽障碍患者。



## 五、操作





## 六、常见并发症及处理措施

### （一）窒息

窒息可由于痰液黏稠阻塞大支气管或呕吐物误吸导致。在体位排痰过程中应严密观察患者的生命体征变化，做好急救准备，必要时配合医生做好抢救工作。

### （二）颅内出血

颅内出血可由于体位摆放不正确或排痰时间过长以及患者血压不稳定导致。严格遵从体位排痰适应证，按照标准作业流程执行每一步操作，严密观察患者治疗中的生命体征及患者出现的症状，做好急救工作。

## 第十节 体位引流 + 背心式排痰仪排痰

### 一、目的

使痰液易松动或误吸物排出，有利于误吸及肺炎的预防与控制。

### 二、权责

1. 护士：正确操作促进患者有效排痰，并向患者做好使用体位引流 + 背心式排痰仪排痰的健康教育。
2. 患者：配合使用背心式排痰仪，知晓排痰过程及排痰后的注意事项。

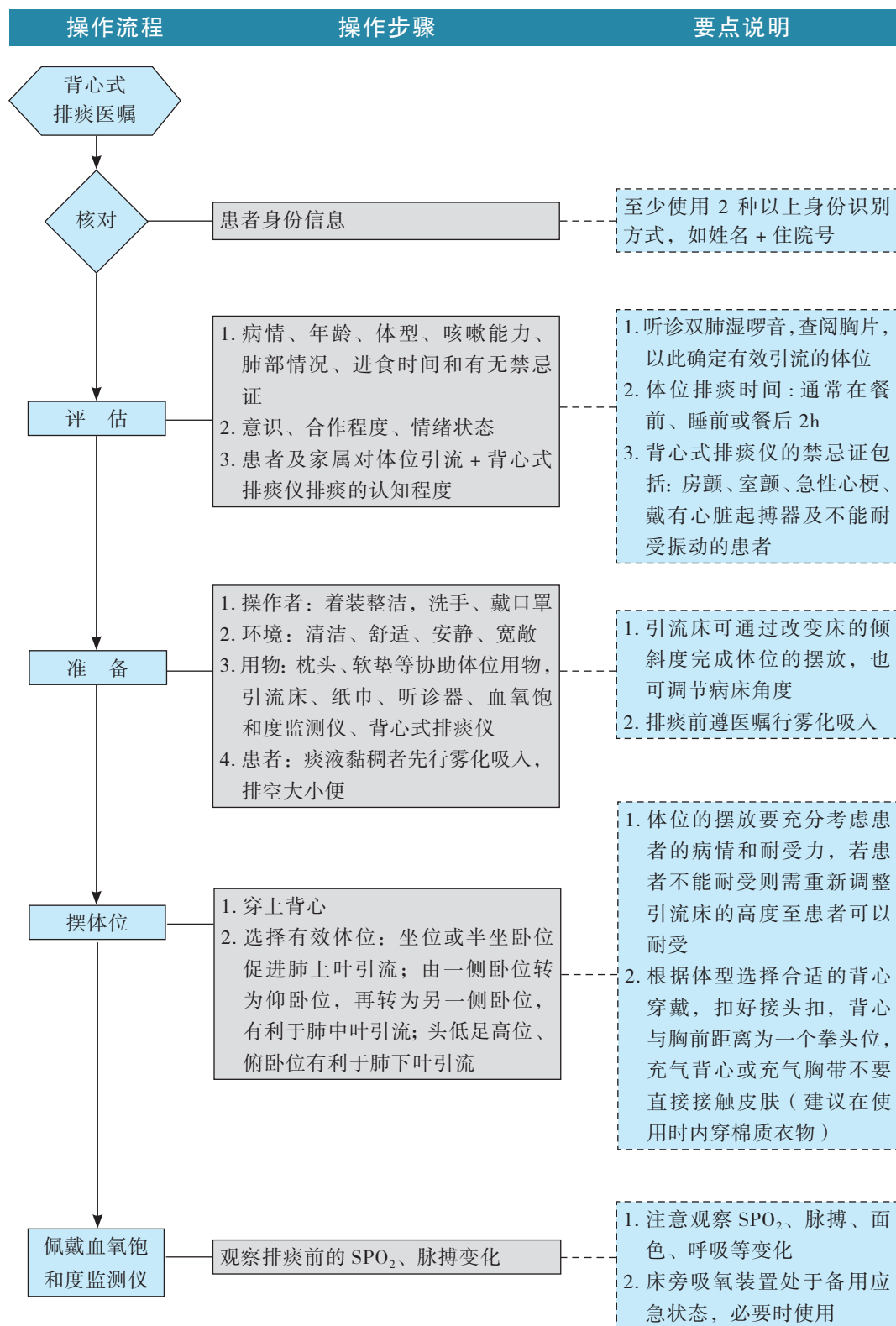
### 三、定义

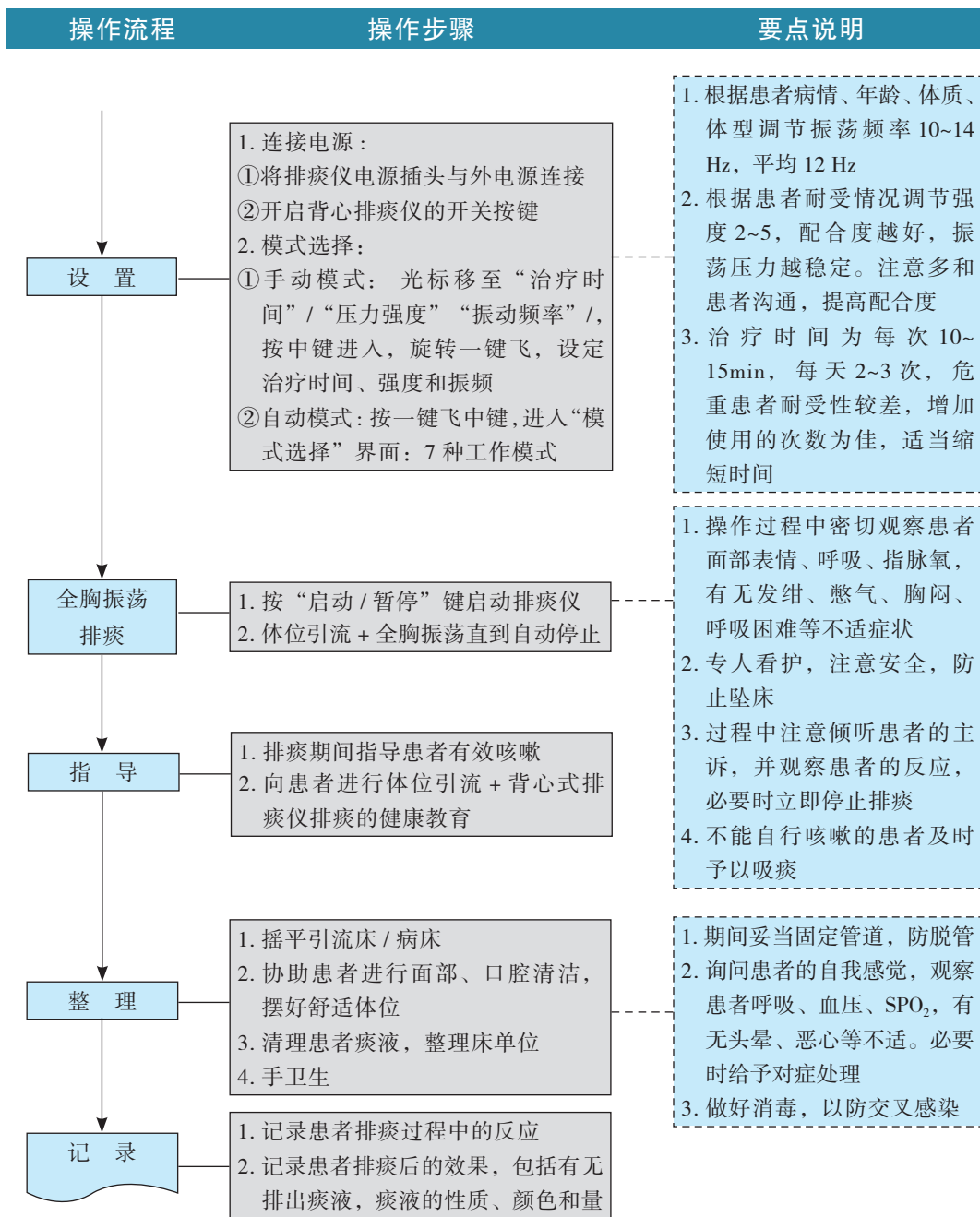
体位引流法（postural drainage）是指按“水往低处流”的原理将病灶肺段（肺叶）置于高位，借助背心式高频胸壁振荡，使痰液得到松解，通过重力的作用及咳嗽将痰液排出。

### 四、适宜人群

肺部分泌物排出困难或痰液黏稠阻塞呼吸道的吞咽障碍患者。

## 五、操作





## 六、常见并发症及处理措施

### （一）反流呕吐

原因：

1. 体位过低。
2. 进食后间歇时间过短。
3. 胃潴留明显。

4. 振频过大。

预防：

1. 调节合适体位，先从小幅度调起。

2. 空腹或餐后 2h 后排痰。

3. 排痰前常规回抽胃液测胃残留量，如大于 50mL 时，先暂停或延长间隔时间一般在餐后 2h。

使用前评估，尤其是胃潴留明显的患者，可在使用时让患者坐位或半卧位，以减少反流的风险。必要时还可以安置胃管行胃肠减压。一旦发生反流呕吐，应立即停止，对症处理。

## （二）心律失常

由于心脏疾病、振动影响腹膜腔内压、紧张、体位改变等因素可以导致患者出现心律失常。

预防：初始使用该排痰法应常规监测心率和血压，并给予患者解释关怀，让患者保持心情放松，不断调节参数以选择最佳的个体化值。一旦发生心律失常，应立即停止，观察情况。如仍无好转，给予对症处理。

## （三）皮肤损伤

充气背心压迫胸背部皮肤，容易导致皮肤损伤。应注意调节松紧度和振频，排痰前将各管道放好。对于本身皮肤有损伤者，应评估其皮肤损伤加重的风险。烦躁者酌情给予镇静药物。

## （四）脱管

由于管道固定方式欠妥，固定绳过松，搬动时过急，患者烦躁不安，带有气管套管气囊充气不足会引起脱管。应妥当固定导管，松紧适当，加强沟通和宣教，加强气囊的管理，必要时做好约束。

## （五）血压过低（过高）

由于突然改变体位或体位过低，腹膜腔内压增加等原因可以引起患者血压过低或过高。排痰前后应常规测量血压，观察患者面色，询问患者感觉。改变体位时不宜过快，不宜过低，以患者无不适感为宜。如患者发生不适应立即停止，稳定后重新评估和执行操作。

# 第十一节 气管切开术后护理

## 一、目的

1. 清除气道分泌物，保持气道通畅；保持套管及切口周围的清洁，防止感染。
2. 保持气囊压力适宜，防止反流、误吸。

## 二、权责

1. 护士：遵循无菌技术、标准预防操作原则，向患者或家属做好气管切开术

后护理的健康教育。

2. 患者（家属）：配合气管切开术后护理的过程，知晓气管切开术后护理的意义及注意事项。

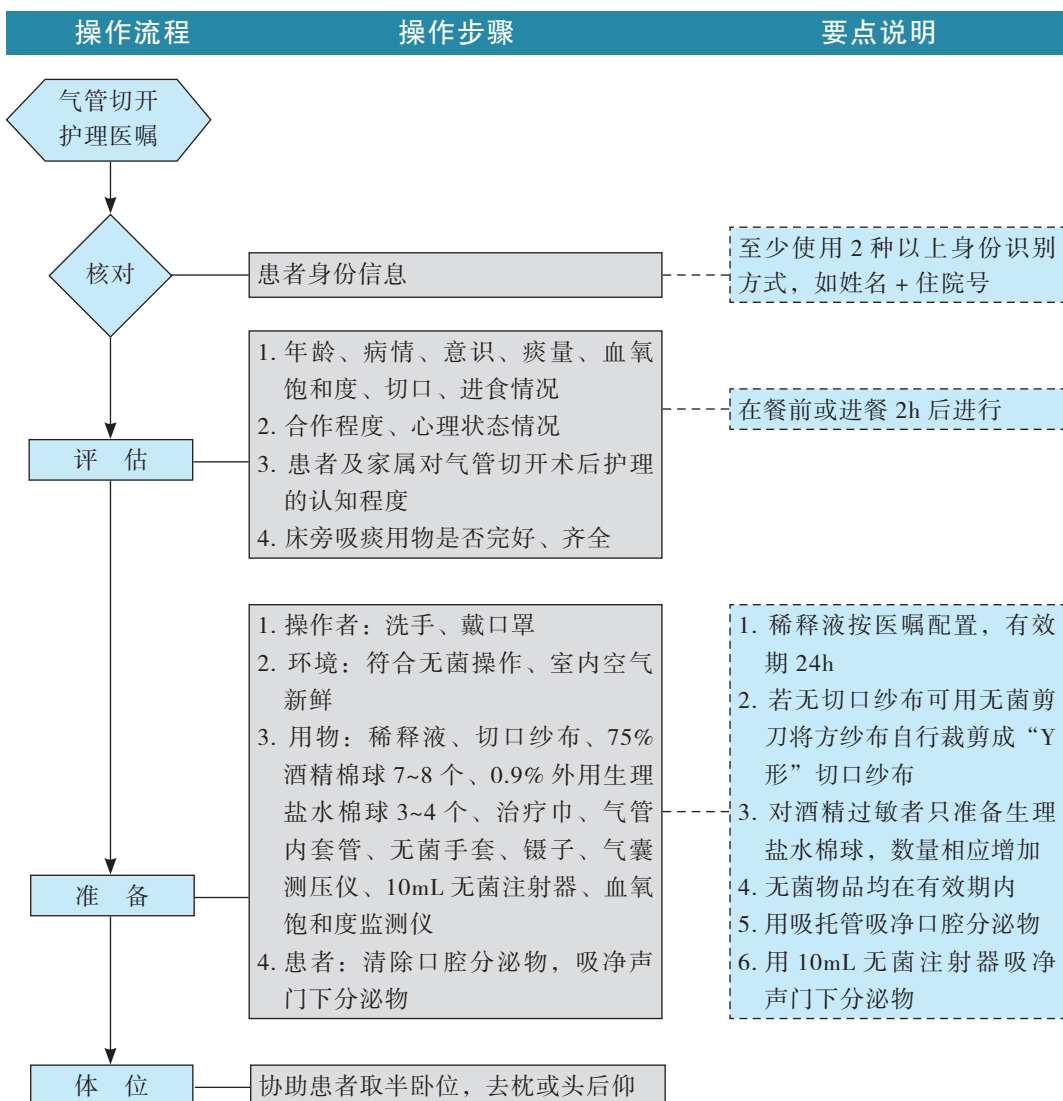
### 三、定义

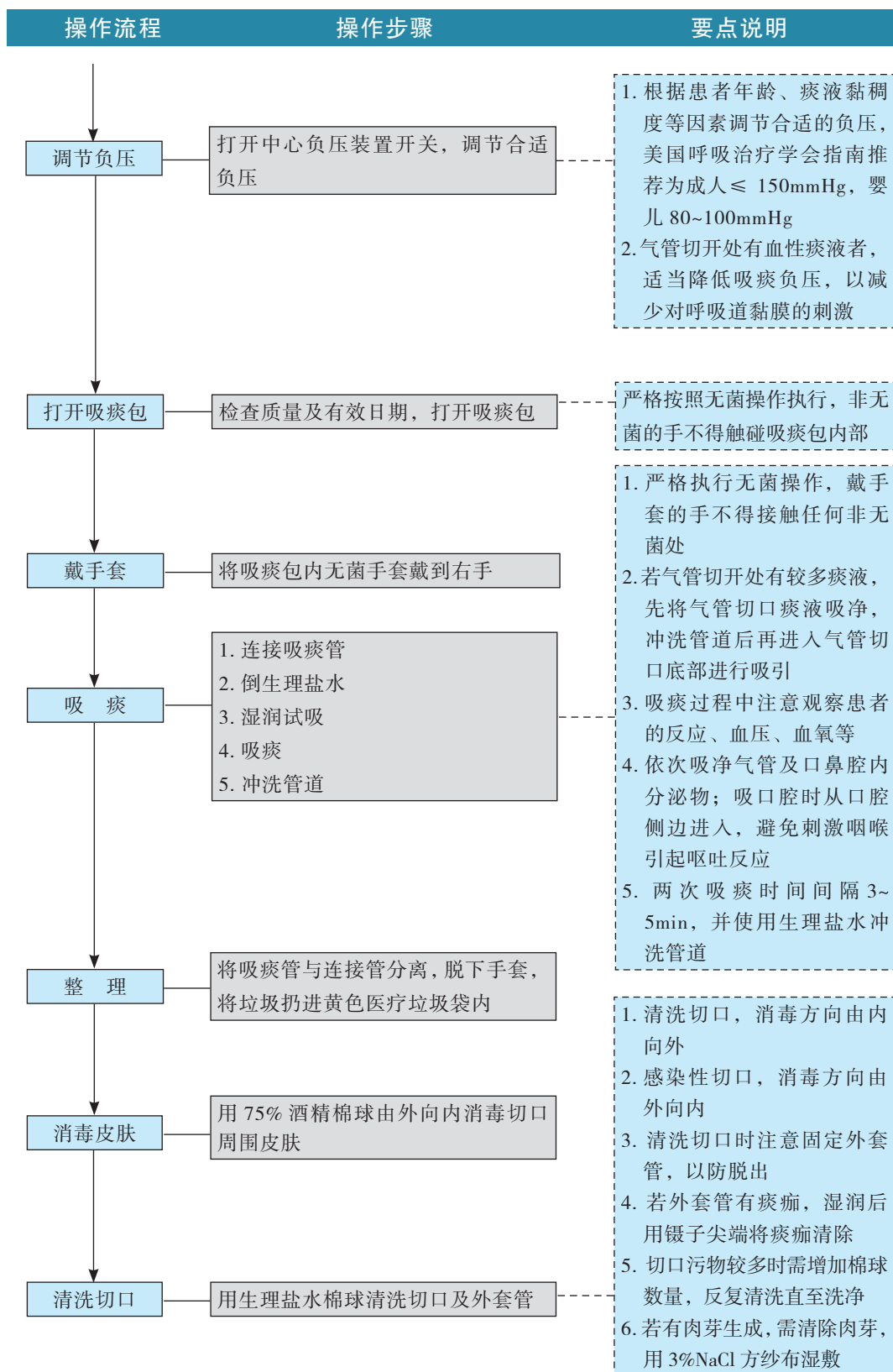
气管切开术（tracheotomy）护理是指在无菌操作下，为气管切开的患者进行清理呼吸道、清洁消毒气管内套、更换切口纱布的过程。

### 四、适宜人群

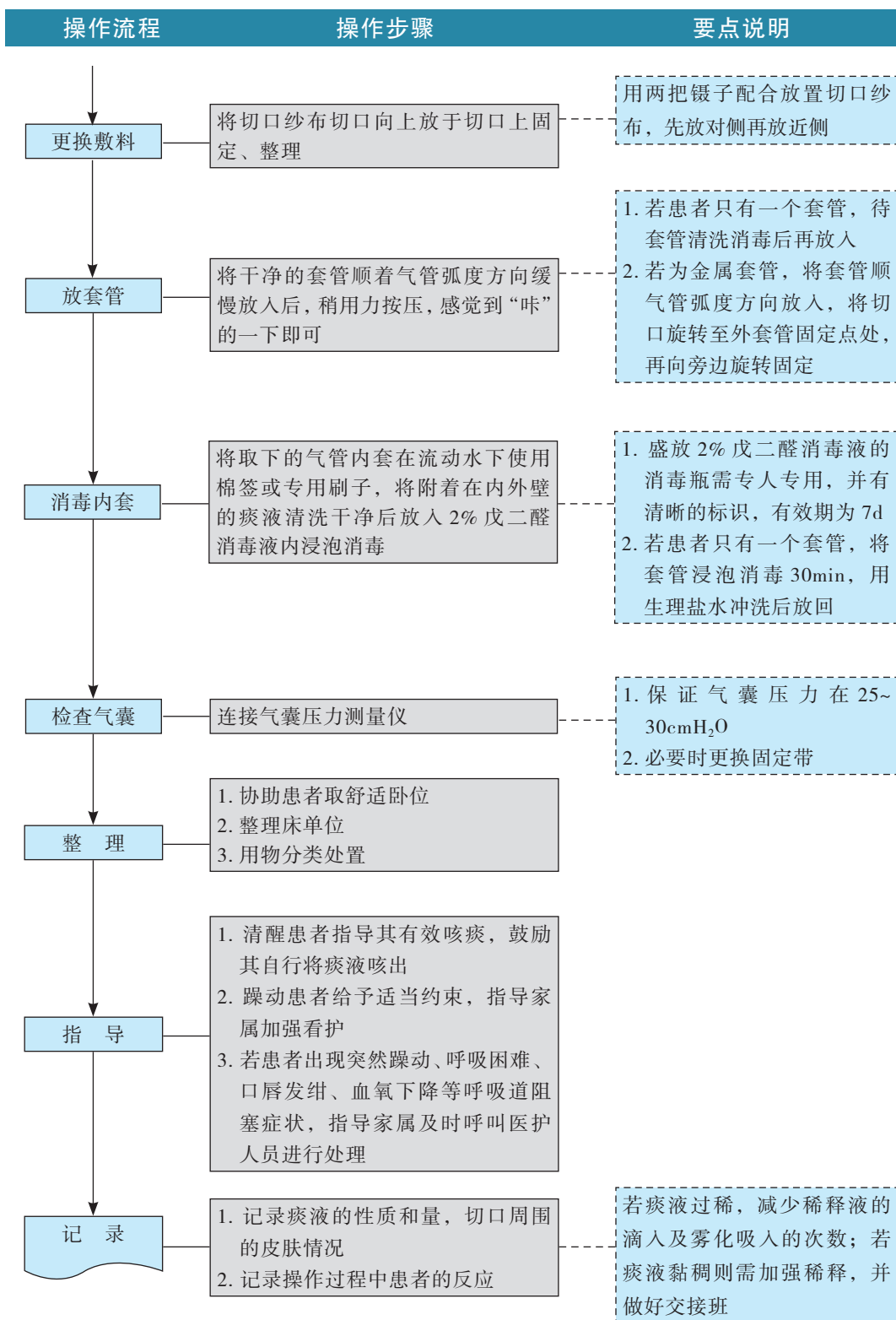
各种原因引起的喉源性呼吸困难、呼吸功能不全的患者，以及需要预防呼吸道梗阻的患者。

### 五、操作









## 六、常见并发症及处理措施

### （一）外套管脱落

1. 操作前将痰液吸净，以免操作过程中患者咳嗽咳痰。
2. 操作过程中注意固定外套管。
3. 操作过程动作轻柔，尽量减少对患者的刺激。
4. 固定带松紧合适，打死结。
5. 一旦发生外套管脱出，迅速报告医生，配合医生重新插管。

### （二）气管切口感染

1. 操作过程中严格执行无菌操作。
2. 常规每日换药一次，若纱布被污染，应随时更换。
3. 若气管切口处出现红肿等感染迹象，可使用Ⅲ型安尔碘进行湿敷。

## 第十二节 无创呼吸机

### 一、目的

1. 用于轻中度呼吸衰竭的早期干预。
2. 辅助撤机。

### 二、权责

1. 护士：安全规范使用无创呼吸机，动态观察患者的治疗效果，向患者做好无创呼吸机使用的健康教育。
2. 患者：配合安全使用无创呼吸机，知晓无创呼吸机使用过程中的注意事项。

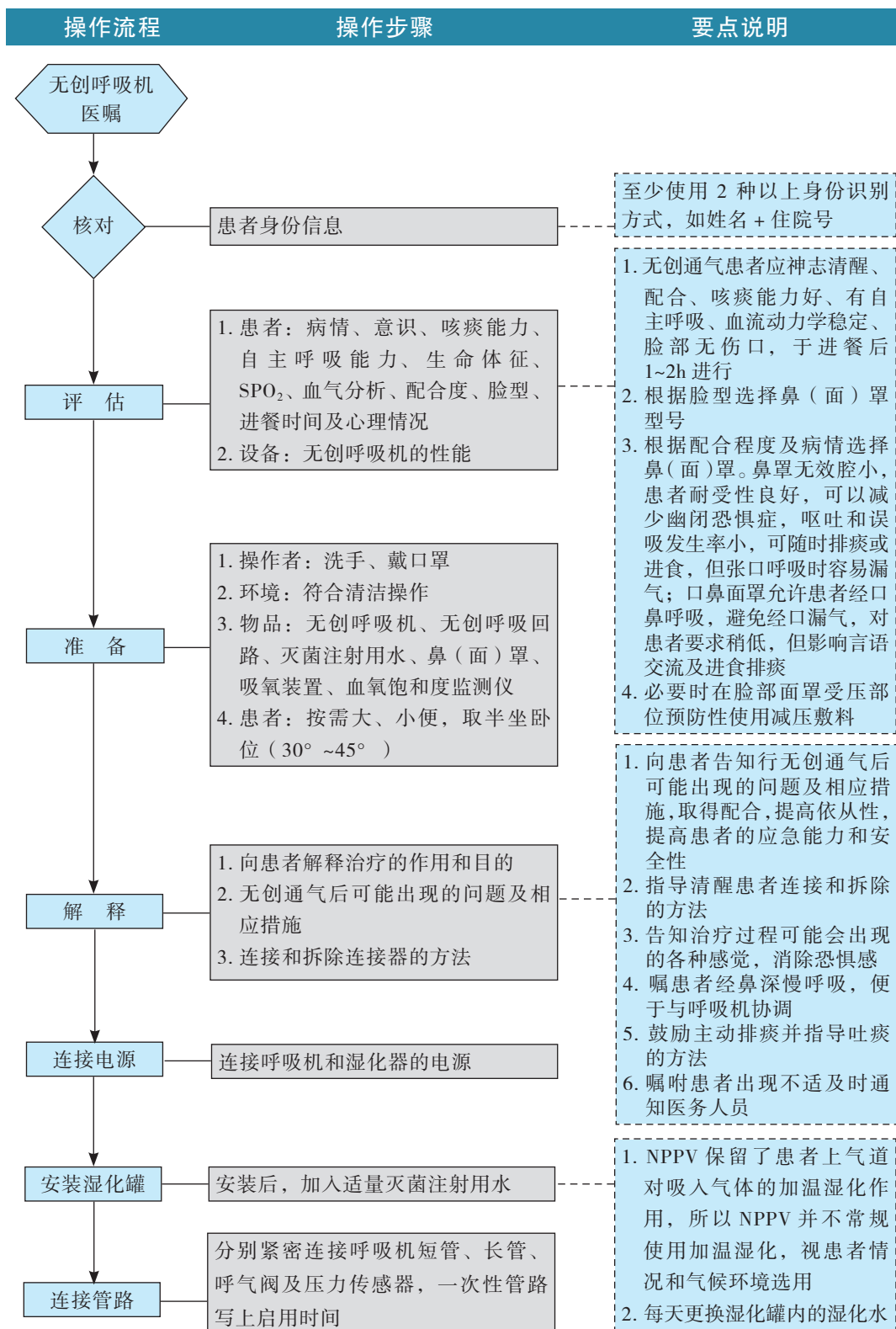
### 三、定义

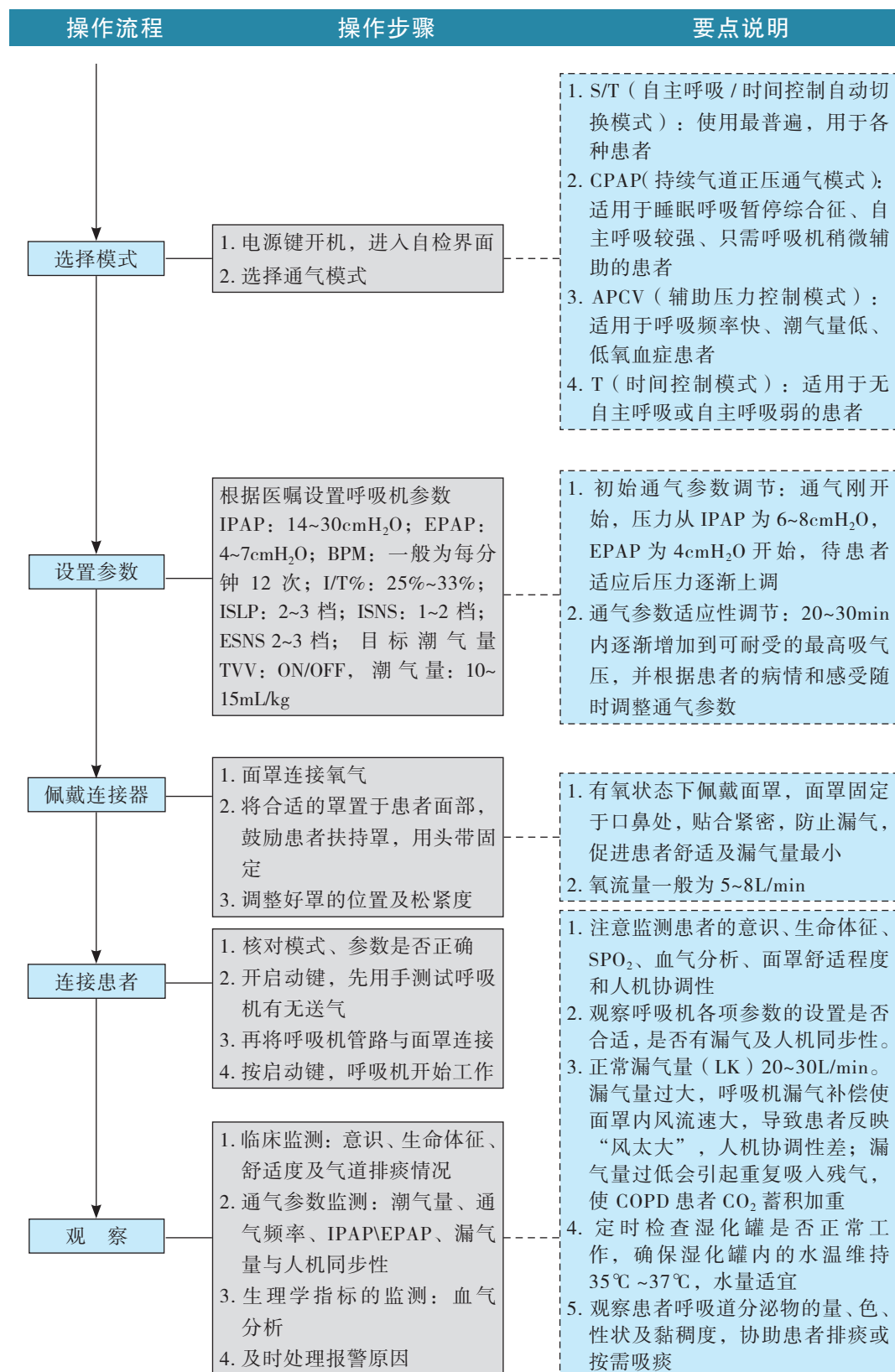
无创呼吸机是指无需建立人工气道的正压通气，通过鼻罩或口鼻面罩的连接方式实施通气，无创正压通气（non-invasive positive pressure ventilation, NPPV）包括双水平正压通气（bi-level positive pressure ventilation, BiPAP）和持续气道正压通气（continuous positive airway ventilation, CPAP）等。

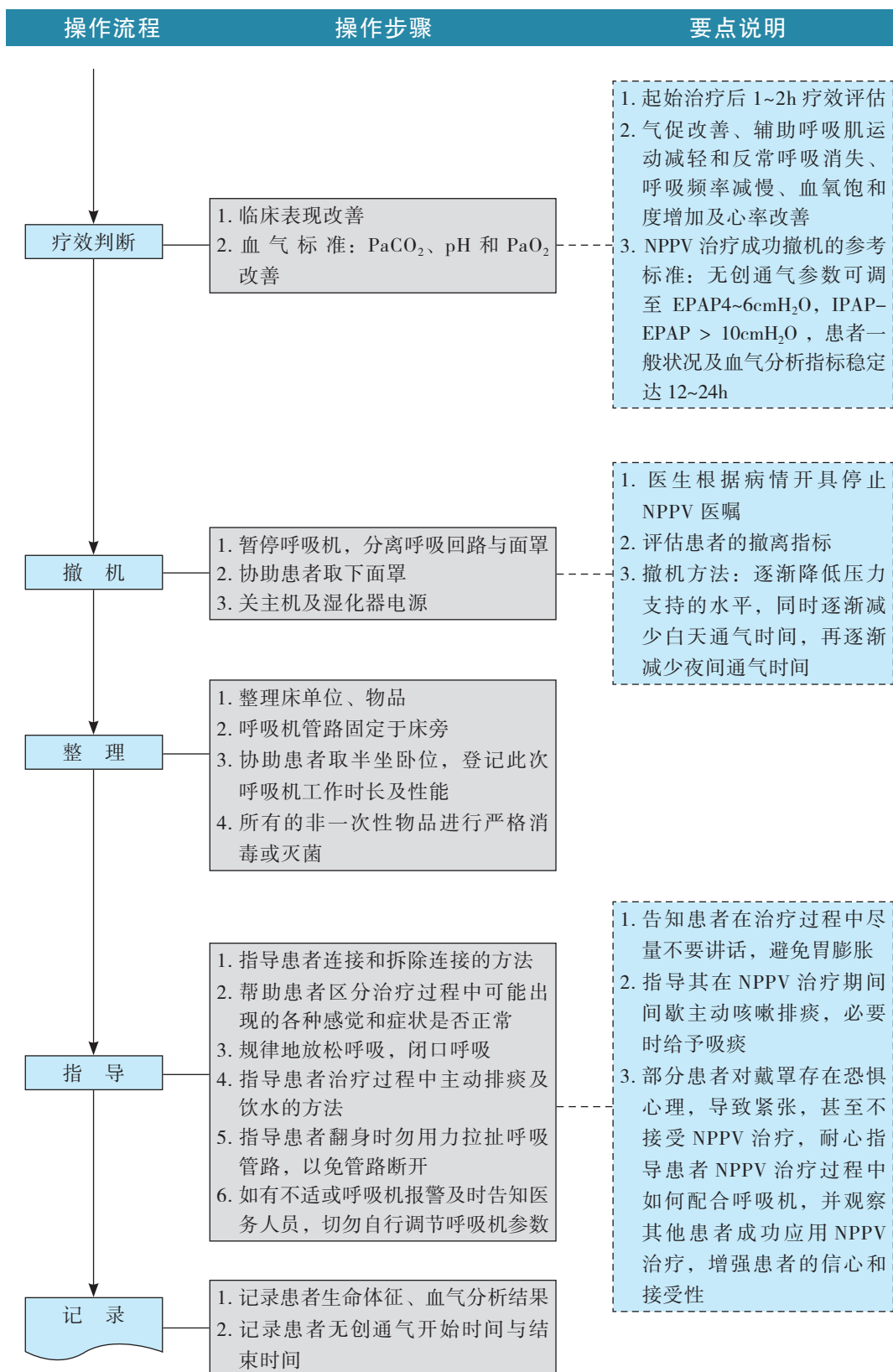
### 四、适宜人群

COPD 急性加重期和稳定期，有创通气感染控制时间窗后拔管序贯治疗，急、慢性心功能不全，睡眠呼吸暂停综合征，低通气、ALI ARDS、支气管哮喘急性发作，高龄患者围术期的通气支持，神经肌肉疾病导致的呼吸衰竭，器官移植术后的通气支持，宫内窘迫，肺间质纤维化，胸廓畸形，肺减容术后的通气支持，矽肺等的患者。

## 五、操作







## 五、常见并发症及处理措施

### （一）面罩压迫与鼻梁皮肤损伤

1. 原因：鼻（面）罩对患者面部有一定的压迫是难以避免的。过长时间的压迫可造成患者明显的不适，甚至鼻梁皮肤损伤，使患者无法耐受。

#### 2. 处理

（1）选用大小适合材质良好的鼻（面）罩，摆好位置和调整合适的固定张力以头带下可插入 1~2 指为宜。

（2）通气之初，在鼻（面）罩与皮肤接触处涂抹赛肤润或垫减压敷料以减少皮肤损伤。

（3）每 2~4h 观察受压部皮肤的情况。

（4）病情允许的情况下，尽量间断使用无创通气或间歇松开鼻（面）罩让患者休息。

### （二）胃膨胀

1. 原因：主要是由于反复的吞气或上气道内压力超过食管括约肌的张力，使气体直接进入胃内。

#### 2. 处理

（1）指导患者正确配合无创呼吸机，协助取半卧位，告知患者治疗过程中不要讲话及张口呼吸。

（2）在保证疗效的前提下应尽量避免吸气压力过高，吸气压力应  $< 25\text{cmH}_2\text{O}$ 。

（3）如患者出现急性胃膨胀，及时给予胃肠减压。

### （三）误吸

1. 原因：口咽部分泌物、反流的胃内容物或呕吐。

#### 2. 处理

（1）床头抬高  $30^\circ \sim 45^\circ$ 。

（2）避免饱餐后使用无创呼吸机，一般于餐后 1~2h 使用。

（3）遵医嘱使用促胃动力药物。

## 第十三节 偏瘫患者床上良肢位摆放

### 患侧卧位

#### 一、目的

1. 使肢体处于功能位置，让患者感到舒适。

2. 具有预防压疮和肢体挛缩的作用，利于早期康复。

## 二、权责

1. 护士：动作轻柔，保持肢体功能位，向患者做好患侧卧位的健康教育。
2. 患者：配合操作过程，知晓患侧卧位摆放目的及注意事项。

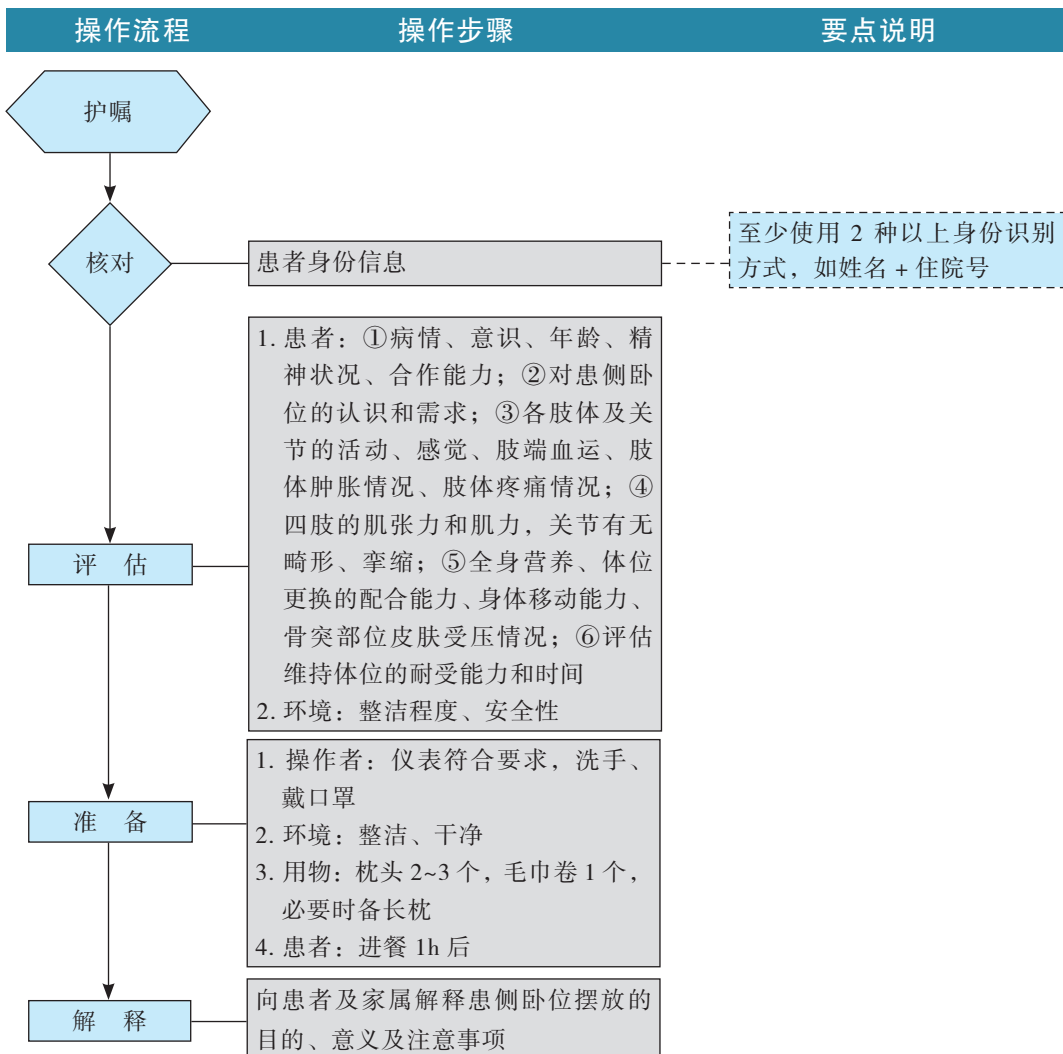
## 三、定义

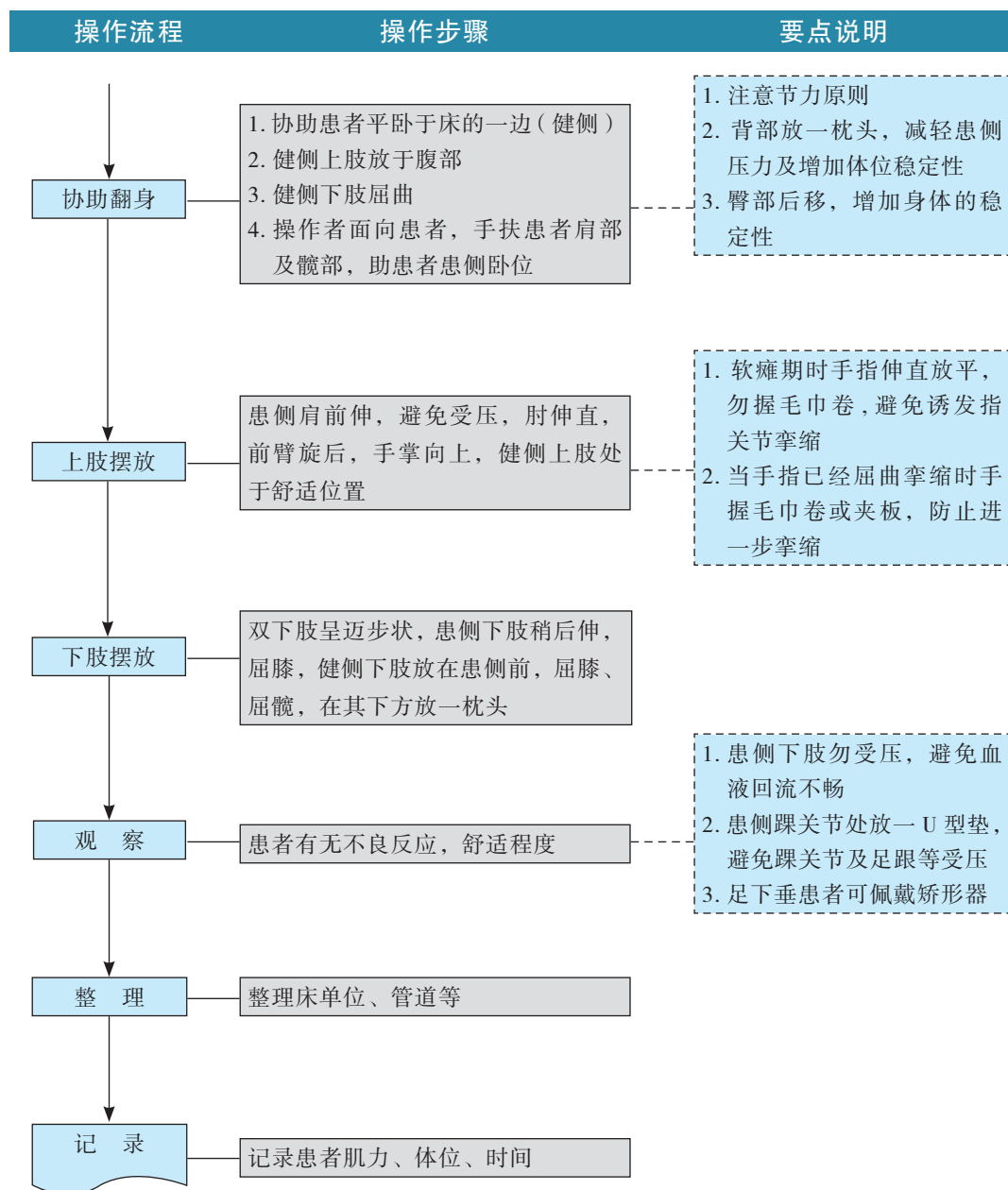
患侧卧位（affected side lying）是指协助偏瘫患者向患侧肢体方向侧身，患侧肢体在下方，健侧肢体在上方。

## 四、适宜人群

有肢体活动障碍的吞咽障碍患者。

## 五、操作





## 六、常见并发症及处理措施

### （一）肢体受压、脱位

1. 充分评估病情，了解患者肢体情况。
2. 为了避免患侧肩部受压和肩胛骨后缩，翻身时，操作者应将患者的患肩拉出，使肩部屈曲，肩胛骨前伸。
3. 禁止操作者直接通过牵拉患者患侧肢体把患肩拉出，避免导致肩关节脱位。



## （二）压疮

1. 充分评估患者，了解患者皮肤情况。对于压疮高危患者，使用防压疮波浪床及水垫，防止患者局部受压。
2. 协助患者每 2h 变换体位，易受压部位可定时按摩解压。
3. 鼓励患者多进行四肢活动，以促进血液循环避免发生血栓。如患者有活动障碍的情况应辅助其完成。
4. 对发生压疮的患者进行如下处理。
  - （1）评估压疮情况，及时处理压疮或请造口门诊处理。
  - （2）24h 内填表报告护士长，72h 内报告造口门诊及护理部。
  - （3）准确、及时书写护理记录，认真做好交接班。

## 健侧卧位

### 一、目的

协助患者更换体位，使患者舒适。保证肢体处于功能位置，预防压疮和肢体挛缩，促进患者早期康复。

### 二、权责

1. 护士：动作轻柔，向患者做好健侧卧位的健康教育。
2. 患者：配合操作过程，知晓健侧卧位摆放目的及注意事项。

### 三、定义

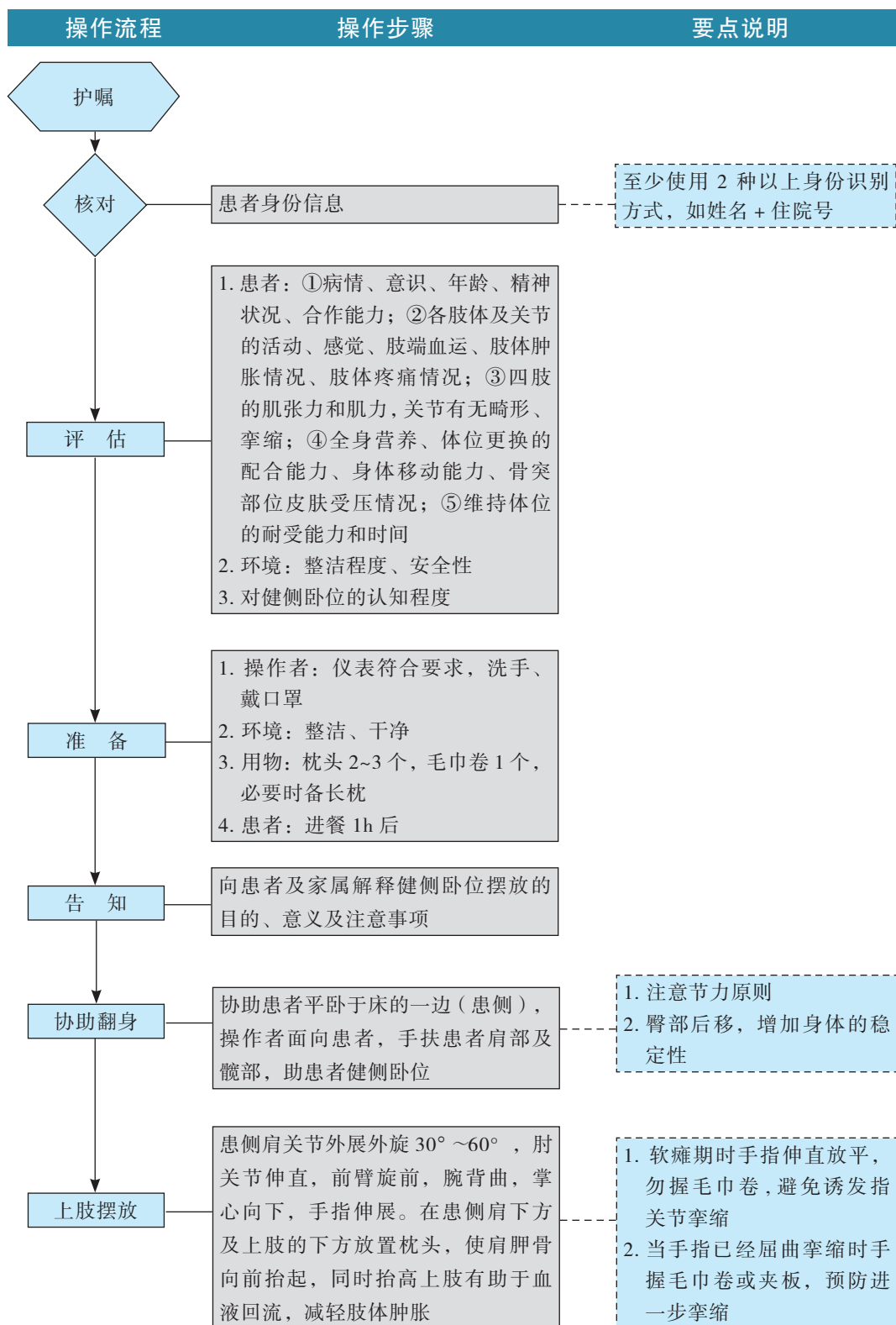
健侧卧位（unaffected side lying）是指操作者协助偏瘫患者向健侧肢体方向翻身，健侧肢体在下方，患侧肢体在上方。

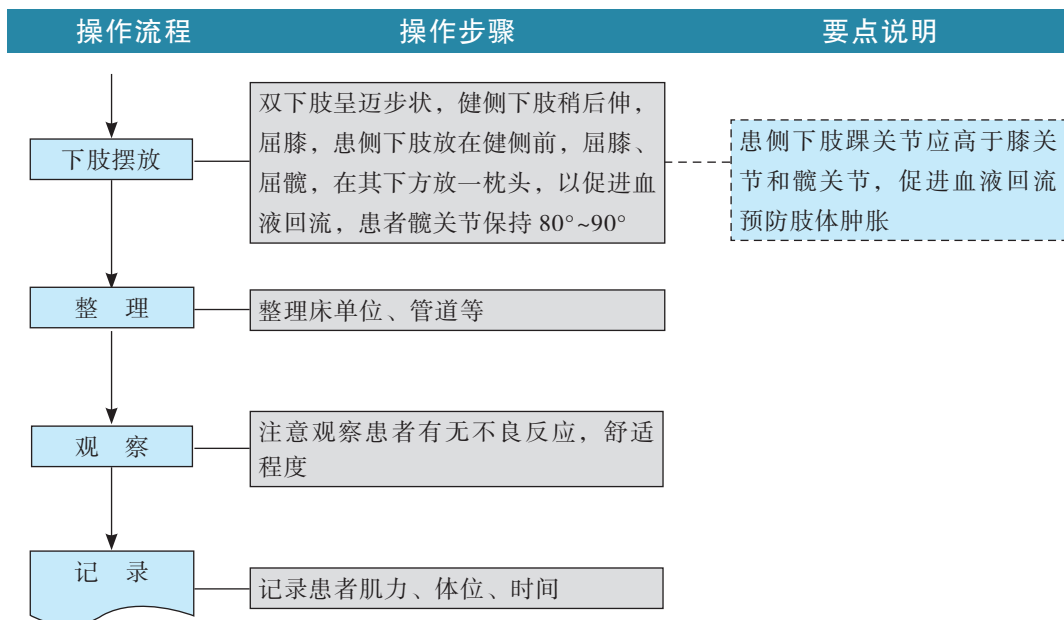
良肢位（good limb position）是指操作者为了保持患者肢体的良好功能而将其摆放在一种体位或姿势，是从治疗和护理的角度出发而设计的一种临时性体位。包括健侧卧位、患侧卧位、仰卧位。

### 四、适宜人群

有肢体功能障碍的吞咽障碍患者。

## 五、操作流程





## 六、常见并发症及处理措施

### （一）肢体受压、脱位

1. 充分评估病情，了解患者肢体情况。
2. 患侧上肢与下肢抬高的高度应略高于心脏水平位。促进静脉回流减轻肢体水肿。
3. 患手和患足不能外悬于枕头外缘，以免加重腕屈和足内翻。

### （二）坠积性肺炎

1. 充分评估病情，了解患者有无肺部感染。
2. 协助患者每 2h 变换体位，配合叩击拍背。
3. 根据病情，协助行口腔护理。
4. 根据病情，在床上行被动运动或下床进行活动。

### （三）压疮

操作方法同本节“患侧卧位”中（二）压疮内容。

## 仰卧位

### 一、目的

协助患者更换体位，使患者舒适，肢体处于功能位置，预防压疮和肢体挛缩，促进早期康复。

### 二、权责

1. 护士：动作轻柔，向患者做好仰卧位的健康教育。
2. 患者：配合操作过程，知晓仰卧位摆放的目的及注意事项。

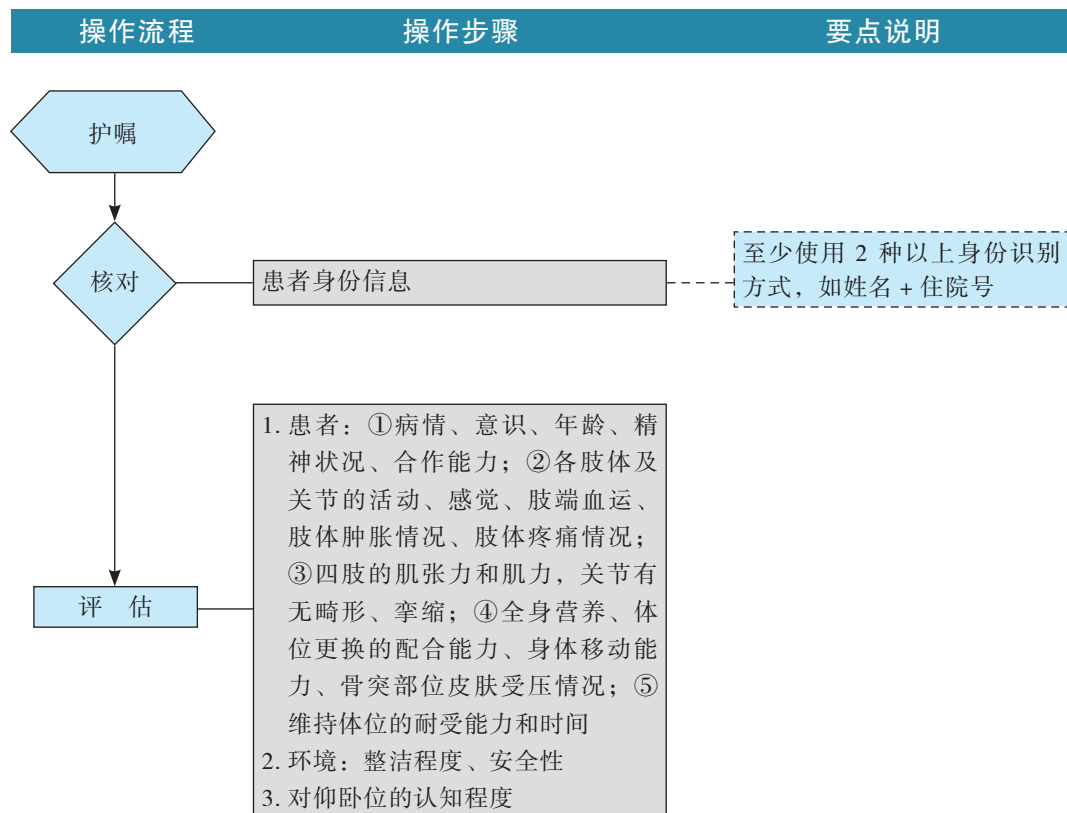
### 三、定义

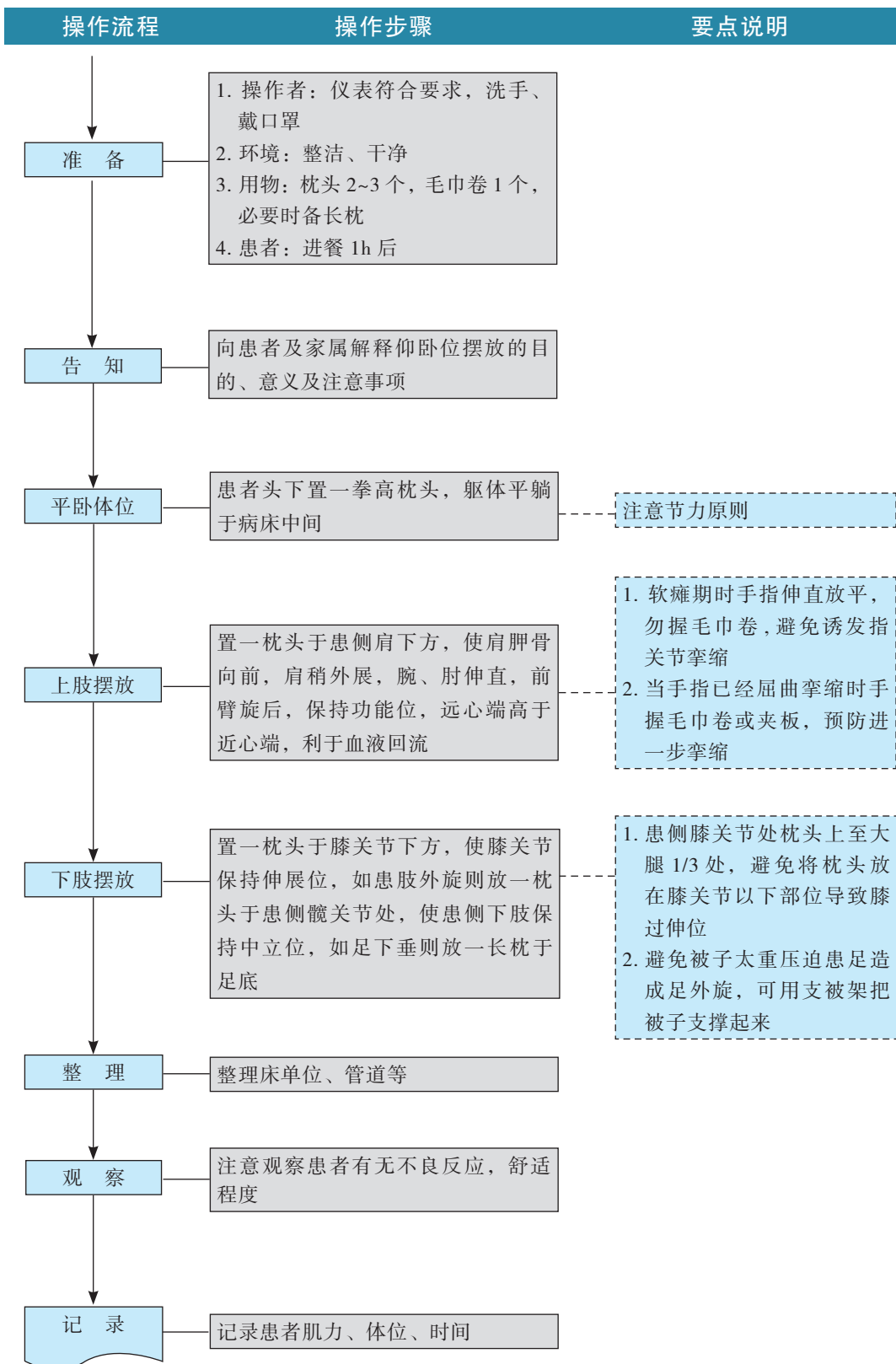
仰卧位（supine position）是协助患者头部放于枕上，两臂置于身体两侧，两腿自然伸直的一种体位。

### 四、适宜人群

有肢体功能障碍的吞咽障碍患者。

### 五、操作





## 六、常见并发症及处理措施

### （一）肢体挛缩、肿胀

1. 充分评估病情，了解患者肢体情况。
2. 临床操作中应尽可能少用仰卧位，因这种体位出现异常反射活动最强，同时，长时间的仰卧位，会使骶尾、足跟发生压疮的危险大为增加。应与其他体位交替更换。
3. 患手和患足不能外悬于枕头外缘，避免加重腕屈和足内翻。

### （二）坠积性肺炎

1. 充分评估病情，了解患者有无肺部感染。
2. 协助患者每 2h 变换体位，配合叩击拍背。
3. 根据病情，协助口腔护理。
4. 根据病情，在床上行被动运动或下床进行活动。

### （三）压疮

操作方法同本节“患侧卧位”中（二）压疮内容。

## 第十四节 偏瘫患者床 - 轮椅转移技术

### 一、目的

安全、正确地把患者运送到轮椅上。

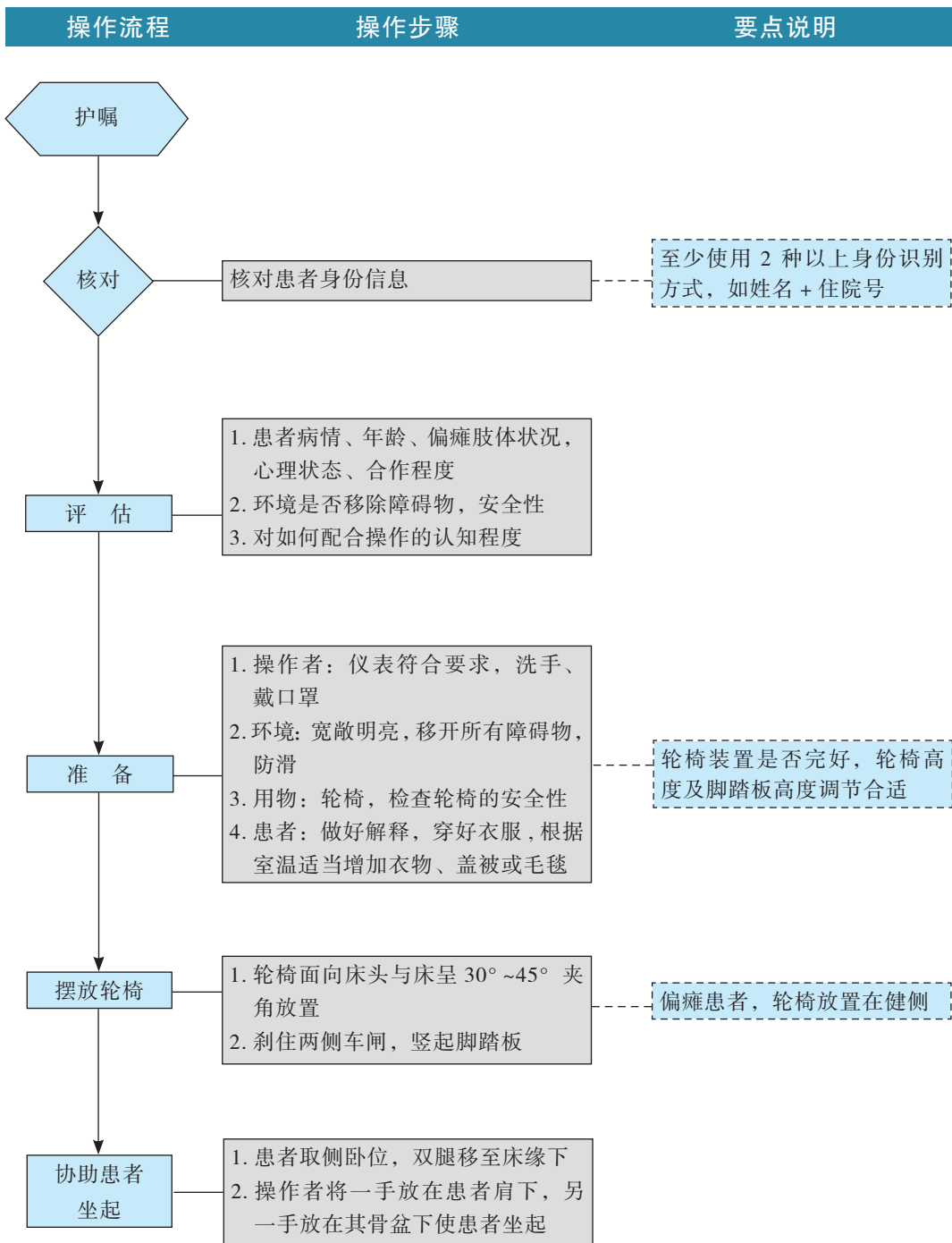
### 二、权责

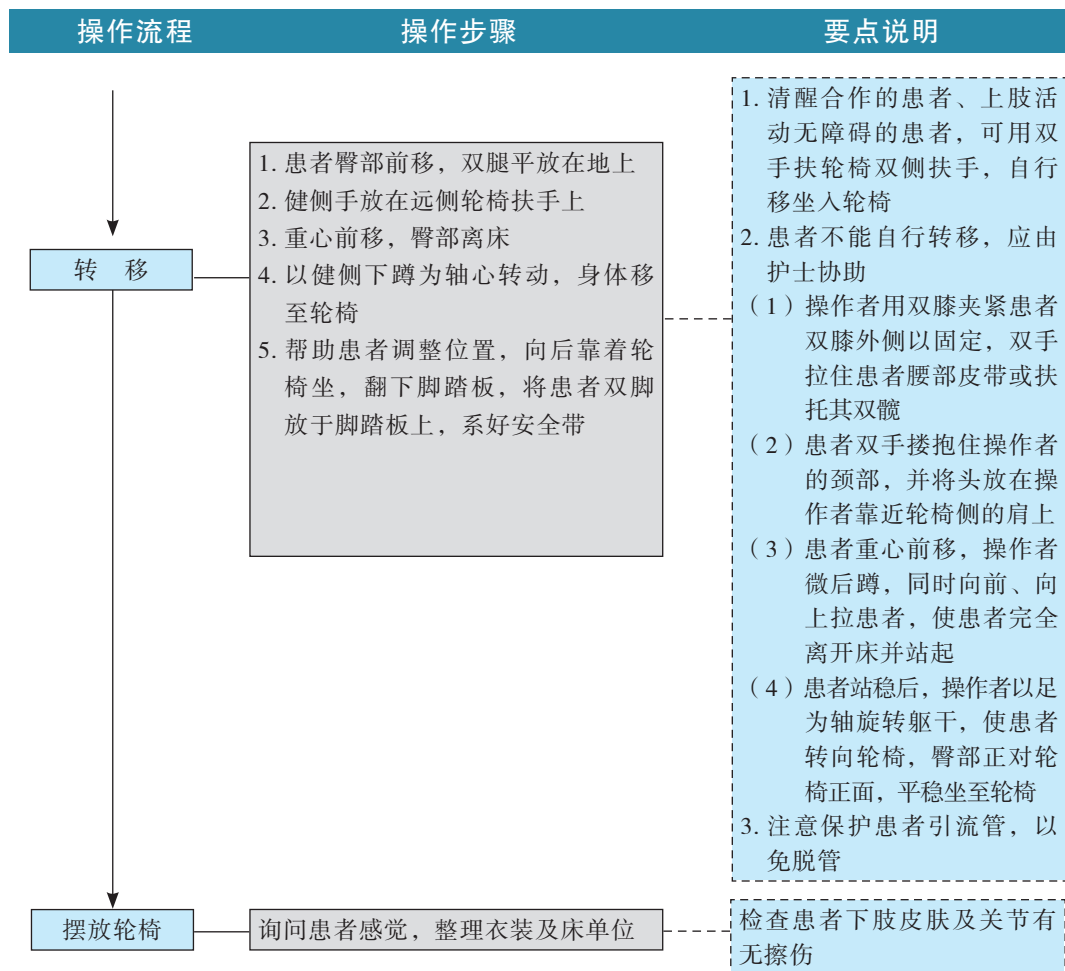
1. 护士：转移方法正确，转移过程安全。
2. 患者：配合转移过程，知晓床 - 轮椅转移的注意事项。

### 三、定义

体位转移技术（postural transfer technique）是指人体从一种姿势转移到另一种姿势的过程。

## 四、操作





## 五、常见并发症及处理措施

### (一) 直立性低血压

1. 充分评估病情，转移前测量血压，询问患者有无服用降压药，确认无异常后再进行转移。

2. 转移过程中若发现患者头晕、脸色苍白，应立即停止转移，让患者平躺在床上，立即通知医生处理，同时监测血压直至正常。

3. 对有发生过直立性低血压的患者应加强观察。

### (二) 跌倒

1. 充分评估患者及环境，了解跌倒的危险因素，移除障碍物。

2. 检查轮椅安全性，确保转移前车闸已关好。

3. 转移者技术娴熟。

4. 转移过程中若发生跌倒应做如下处理。

(1) 立即将患者平卧，通知医生，检查患者摔伤情况，评估患者全身情况。



(2) 对疑似有骨折或肌肉、韧带损伤的患者固定后平稳转移到床上,协助医生做进一步检查。

(3) 对摔伤头部,出现意识障碍的患者应严密观察病情变化,注意瞳孔、呼吸、血压等生命体征的变化。

(4) 对活动无明显障碍、意识清楚者,扶其至床上,密切观察患者的生命体征,根据病情进一步检查及治疗。

(5) 填写护理不良事件报告表。

(6) 准确及时书写护理记录,做好交接班。

### (三) 刮伤

1. 充分评估患者皮肤情况。

2. 转移前为患者穿合适的衣服及鞋袜,保护易刮伤的地方(如脚踝、胫前处)。

3. 转移过程中若出现刮伤应做如下处理。

(1) 及时清洗、消毒伤口,根据伤口情况换药处理。

(2) 准确、及时书写护理记录,做好交接班。

## 第十五节 防压疮护理

### 一、目的

1. 对存在压疮风险的吞咽障碍患者采取相应的护理措施。

2. 减轻或消除患者压疮危险因素。

3. 预防压疮的发生。

### 二、权责

1. 护士:使用压疮风险评估量表评估患者压疮危险等级并选择合适的预防压疮护理措施,向患者及家属进行预防压疮的健康教育。

2. 患者及家属:配合防压疮护理过程,知晓防压疮的注意事项。

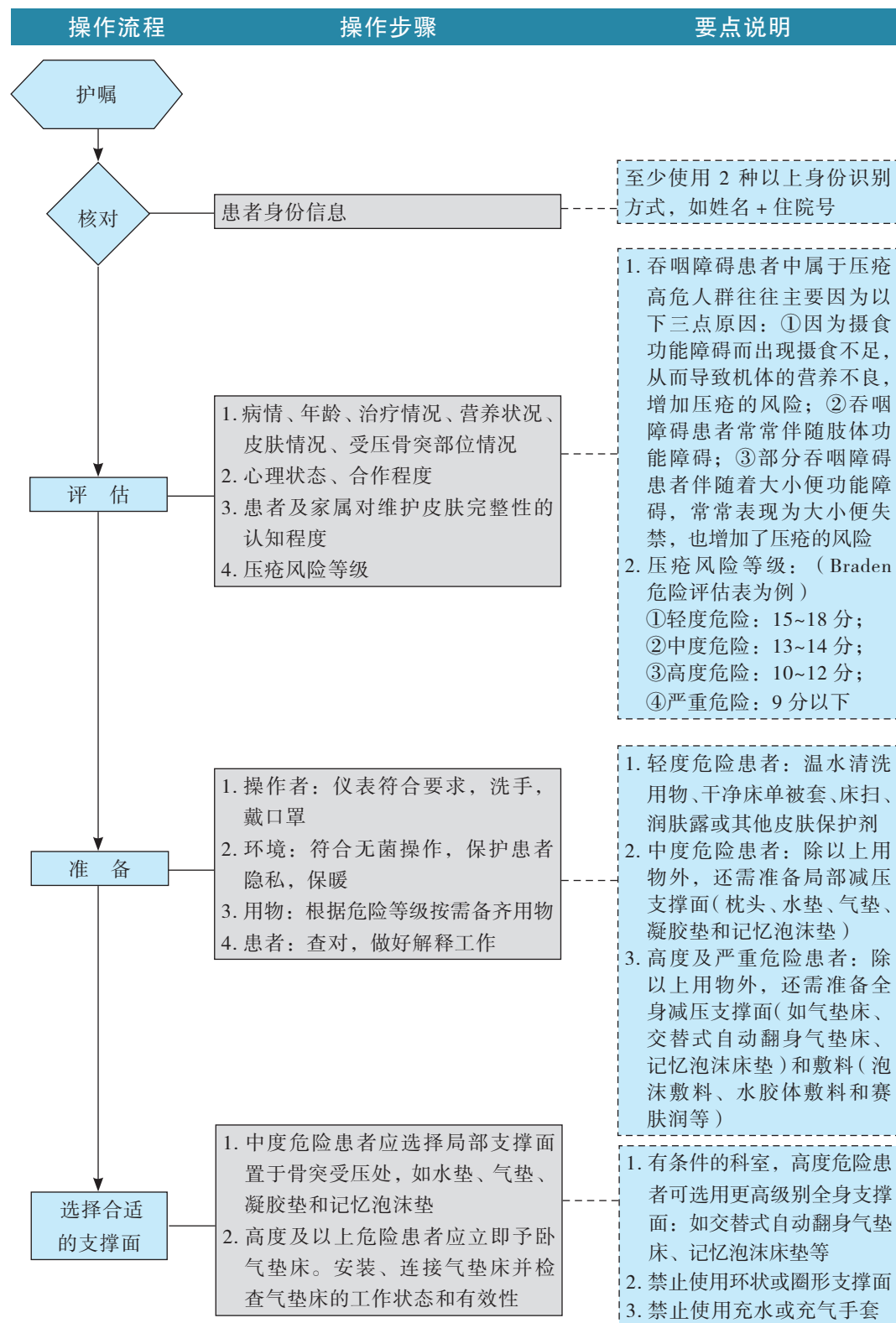
### 三、定义

防压疮护理(pressure wound care)指对压疮高危人群和具有发生压疮危险因素的患者采取翻身、使用减压气垫等方法,减少压疮的发生。

### 四、适宜人群

确定有发生压疮危险(压疮危险评分 $\leq 14$ 分)的患者。

## 五、操作步骤



操作流程	操作步骤	要点说明
皮肤护理	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 检查患者全身的的皮肤情况</li> <li>2. 按需为卧床患者温水擦浴、局部按摩</li> <li>3. 扫床, 整理床单位, 保持床单位平整, 无碎屑</li> <li>4. 皮肤异常患者选择合适的润肤霜或皮肤保护剂</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 患者皮肤过于干燥时, 可适当给予不含乙醇的润肤霜</li> <li>2. 持续排汗患者, 避免使用爽身粉</li> <li>3. 大小便失禁患者可按需选择护肤粉、皮肤保护膜、尿套或纸尿裤等</li> </ol>
安置合适体位	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 摆放侧卧位, 用一个软枕支撑背部, 另一个软枕放在两膝之间, 膝盖、肘部等骨突处不应直接接触床栏等硬物</li> <li>2. 视病情需要床头尽量抬高不超过 30°</li> <li>3. 持续悬空足跟部: 在小腿下垫枕</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 体位摆放应以病情为第一位</li> <li>2. 活动能力不受限患者采取自主体位</li> <li>3. 需将床头摇高时, 应先将床尾摇高 10°~15°, 再摇高床头; 放低床头时, 应先摇低床头, 再摇低床尾。避免摩擦力和剪切力的产生</li> <li>4. 悬空足跟时不可将枕头垫在腘窝处</li> </ol>
定时变换体位	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 鼓励患者进行自主活动</li> <li>2. 协助不能自主活动的患者定时变换体位</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 压疮中度危险患者变换体位以鼓励为主, 至少每 4h 1 次</li> <li>2. 压疮高度及以上危险患者变换体位变换以协助为主, 至少每 2h 1 次</li> <li>3. 应尽量抬起患者身体, 避免拖、拉、拽</li> </ol>
必要时选择合适的敷料	用清水擦洗局部皮肤并抹干后, 将敷料粘贴于受压的骨突处	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 高度危险患者在使用全身支撑面仍不能有效减压时需选用敷料</li> <li>2. 使用敷料不能替代体位变换</li> <li>3. 已使用敷料减压的患者, 需至少每日 1 次揭开敷料观察局部皮肤情况</li> <li>4. 可选择的敷料有: 泡沫敷料、水胶体敷料和液体敷料(赛肤润)</li> <li>5. 赛肤润均匀抹于皮肤表面, 不可用于按摩</li> </ol>
健康教育	指导患者及其家属: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 定时改变体位</li> <li>2. 进食合适的热量和蛋白质</li> <li>3. 掌握正确的皮肤护理方法</li> <li>4. 识别异常皮肤问题</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 卒中后吞咽障碍患者常伴肢体功能障碍, 指导其家属良肢位的摆放, 避免患肢受压, 发生压疮, 良肢位摆放详见第三章第十三节</li> <li>2. 吞咽障碍患者常伴营养不良, 应关注进食量及摄入的营养成分是否够量</li> <li>3. 吞咽障碍患者常伴大小便功能障碍, 指导保持会阴部清洁干燥的方法</li> <li>4. 吞咽障碍患者常伴脱水等并发症, 应关注患者皮肤是否干燥, 适当使用润肤露, 减少摩擦</li> </ol>
整理	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 整理物品</li> <li>2. 洗手</li> </ol>	
记录	压疮风险评分、皮肤情况、采取的防压疮护理措施	

## 六、压疮风险评估量表（表 3-1）

表 3-1 压疮风险评估量表 (Braden 评分法)

床号：      姓名：      性别：      年龄：      病区：      住院号：

	项目	日期 得分							
感觉	完全受限	1 分							
	非常受限	2 分							
	轻度受限	3 分							
	未受损	4 分							
潮湿	持久潮湿	1 分							
	非常潮湿	2 分							
	有时潮湿	3 分							
	很少潮湿	4 分							
活动力	限制卧床	1 分							
	可坐椅子	2 分							
	偶尔行走	3 分							
	经常行走	4 分							
移动力	完全无移动	1 分							
	严重受限	2 分							
	轻度受限	3 分							
	未受限	4 分							
营养	非常差	1 分							
	可能不足	2 分							
	足够	3 分							
	非常好	4 分							
摩擦力、剪切力	有问题	1 分							
	有潜在问题	2 分							
	无明显问题	3 分							
总 分									
评估者									

注：最高 23 分，最低 6 分

15~18 分为轻度危险；13~14 分为中度危险；10~12 分为高度危险；9 分以下为极度危险

## 第十六节 防跌倒护理

### 一、目的

1. 筛查临床上有跌倒风险的患者。
2. 对有跌倒高风险的患者进行针对性干预，避免跌倒的发生。

### 二、权责

1. 护士：正确筛查临床上有跌倒风险的患者，全面进行跌倒的预防及处理。
2. 患者：配合护理人员工作，掌握预防跌倒的注意事项。

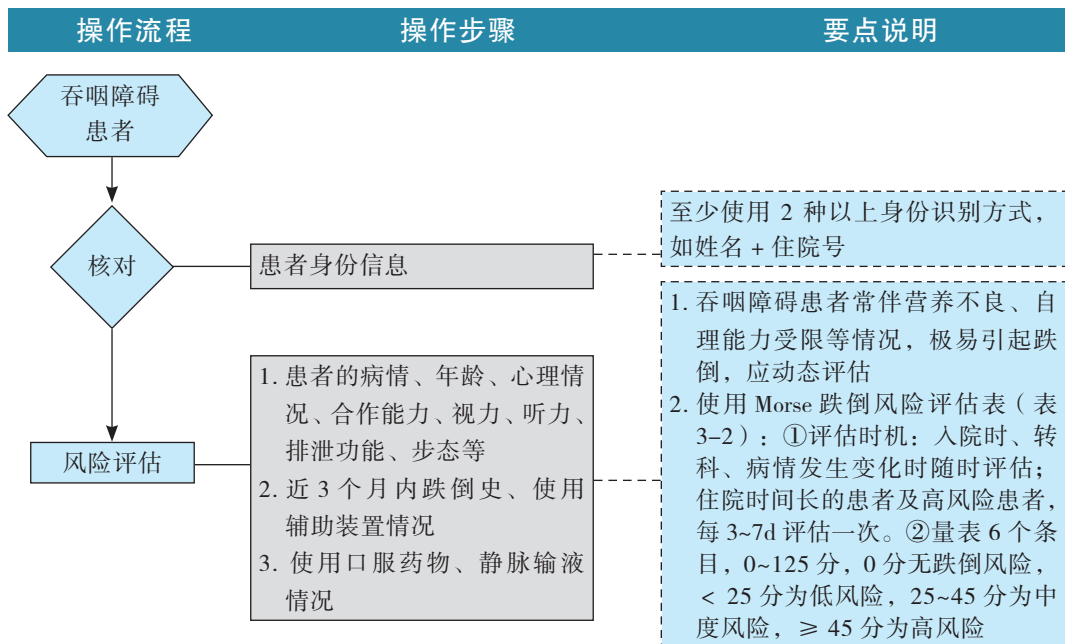
### 三、定义

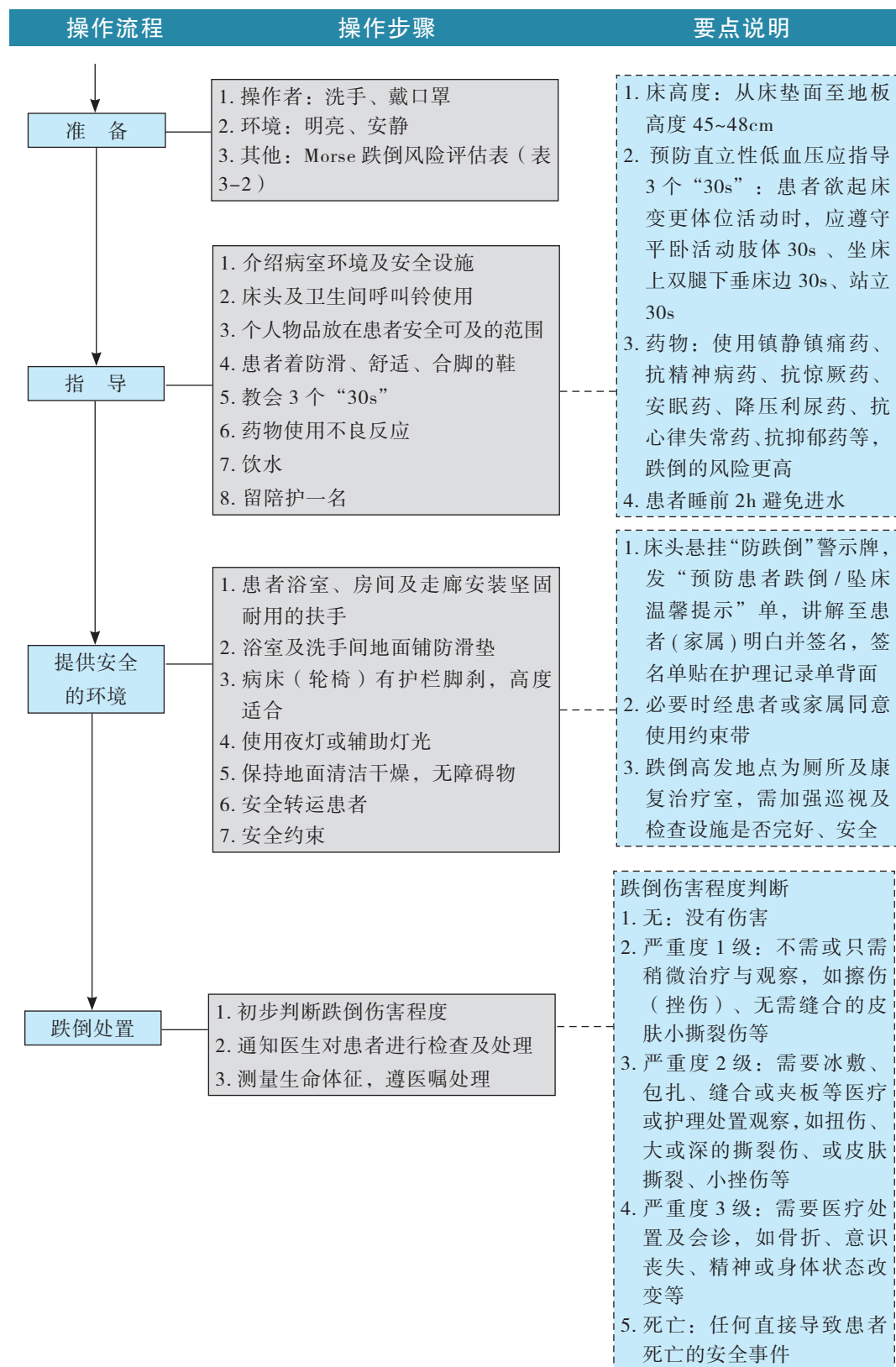
跌倒 (fall) 是指突发、不自主的、非故意的体位改变，倒在地上或更低的平面上。防跌倒护理是通过使用专业量表识别跌倒的高危因素，制订标准的预防跌倒干预措施，增强患者认知及日常生活活动能力，避免或减少跌倒和坠床的发生及其所致的伤害。

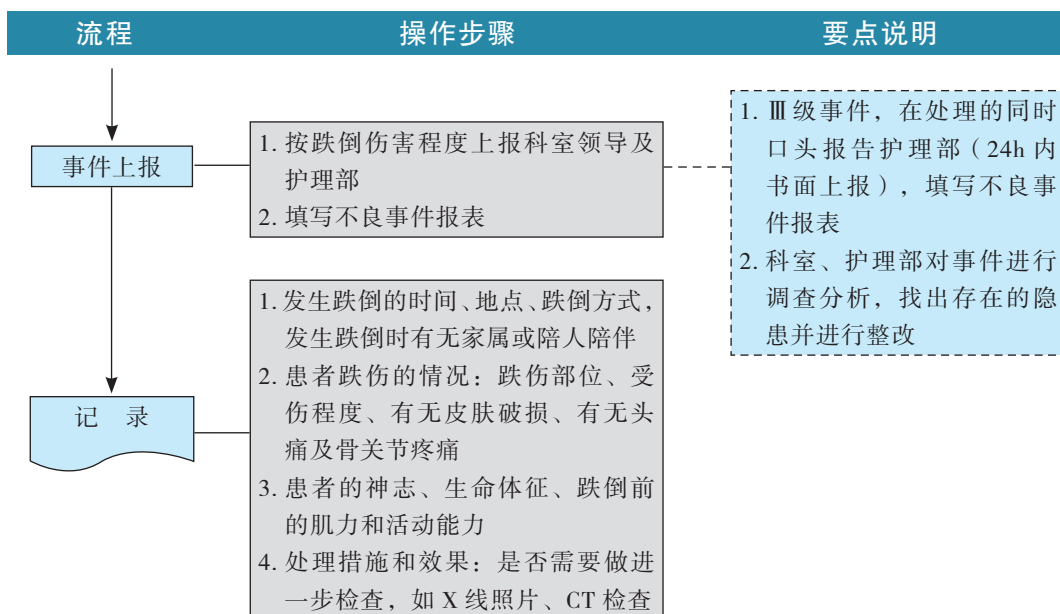
### 四、适宜人群

吞咽障碍患者，老年人，曾有跌倒史、贫血或血压不稳定、意识障碍、肢体功能障碍、营养不良、虚弱、头晕、步态不稳、听（视）力障碍、使用降压利尿、降糖、抗癫痫、麻醉镇静类等特殊药物的患者，或出现病情变化的患者。

### 五、操作







## 六、附表（表 3-2）

表 3-2 Morse 跌倒风险评估量表

项目	评分标准
3 个月内曾跌倒（视觉障碍）	没有 =0 有 =25
超过一个医学诊断	没有 =0 有 =15
	没有需要 =0
	完全卧床 =0
使用助行器具	护士扶持 =0
	丁形拐杖 / 手杖 =15
	学步车 =15
	扶家具行走 =30
静脉输液或置管 / 使用相关药物治疗	没有 =0 有 =20
	正常 =0 卧床 =0 轮椅代步 =0
步态	乏力 / ≥ 65 岁 / 直立性低血压 =10
	失调及不平衡 =20
精神状态	了解自己能力 =0
	过于自信 / 忘记自己限制 /
	意识障碍 / 躁动不安 / 沟通障碍 / 睡眠障碍 =15
总分	

注：< 24 分为轻度危险；25~44 分为中度危险；≥ 45 分为高度危险。≥ 45 分需每 3~7d 评估 1 次

## 七、注意事项

1. 注意评估时机，尤其是患者出现病情变化或更换药物时重新评估。
  2. 正确使用评分量表，注意每个条目的意义并动态观察分数的改变。
  3. 识别高危因素，制订并实施个体化的护理计划。
  4. 评估结果应告知患者及其家属，让其注意配合事项及共同落实干预措施。
  5. 患者一旦发生跌倒，应系统仔细评估其受伤严重程度，做好记录并及时上报。
- 进行根本原因分析，了解跌倒发生的原因并持续改进。

## 第十七节 清洁间歇性导尿

### 一、目的

1. 使膀胱间歇性扩张，有利于保持膀胱容量和恢复膀胱的收缩功能。
2. 规律排除残余尿量，防止膀胱过度充盈，减少泌尿系统和生殖系统的感染，使患者的生活质量得到显著改善。

### 二、权责

1. 护士：关爱患者，注意保护患者隐私，做好保暖工作。尽可能降低操作的不适感，向患者做好清洁间歇性导尿相关的健康教育。
2. 患者：配合操作过程，了解清洁间歇性导尿的注意事项。

### 三、定义

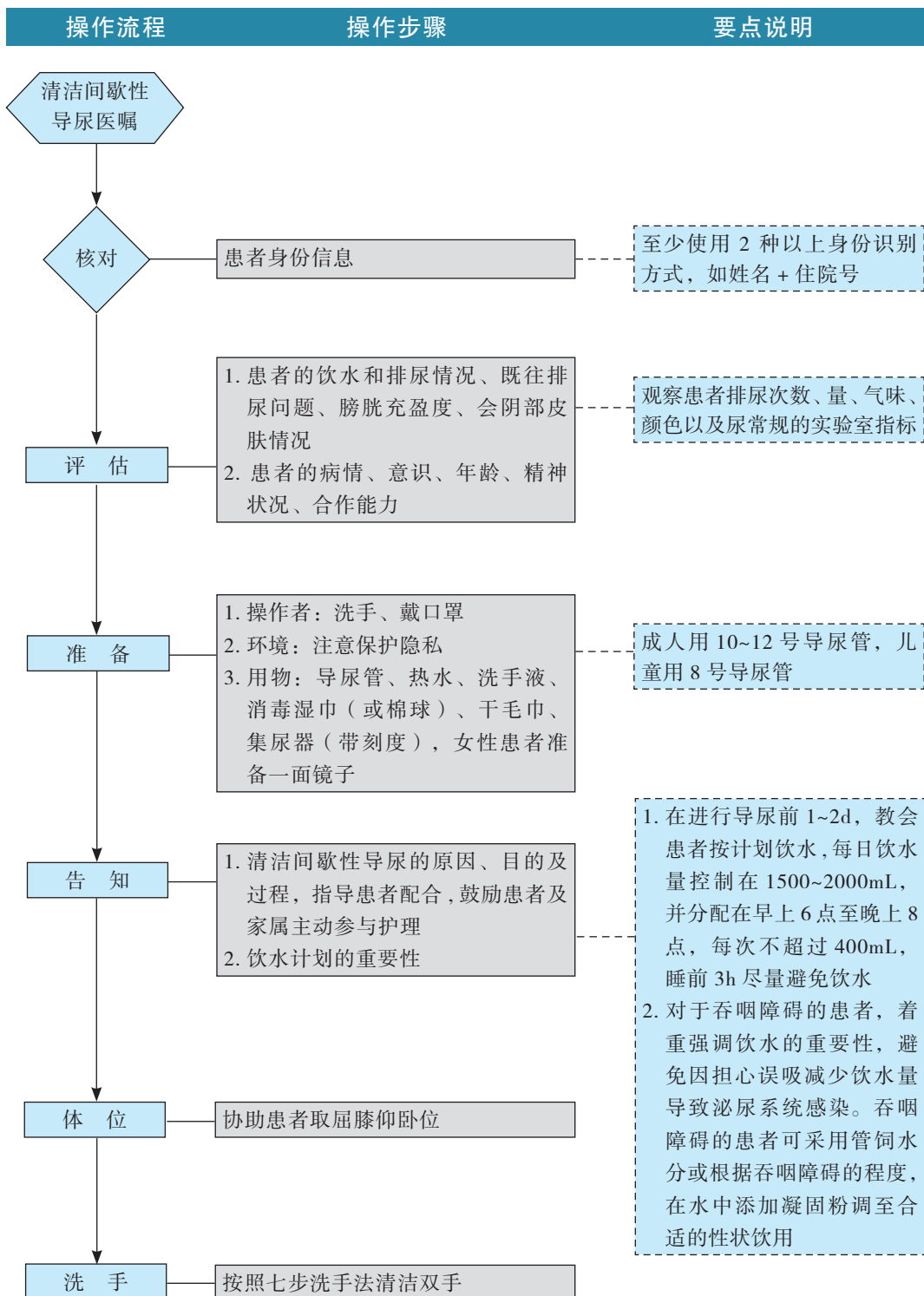
清洁间歇性导尿（clean intermittent catheterization, CIC）是在清洁条件下，定时将尿管经尿道插入膀胱，规律排空尿液的方法。清洁是指将所用的导尿物品清洗干净，将会阴部及尿道口用清水清洗干净，无需消毒，插管前使用洗手液洗净双手即可，插入尿道和膀胱的导管不直接接触操作者。

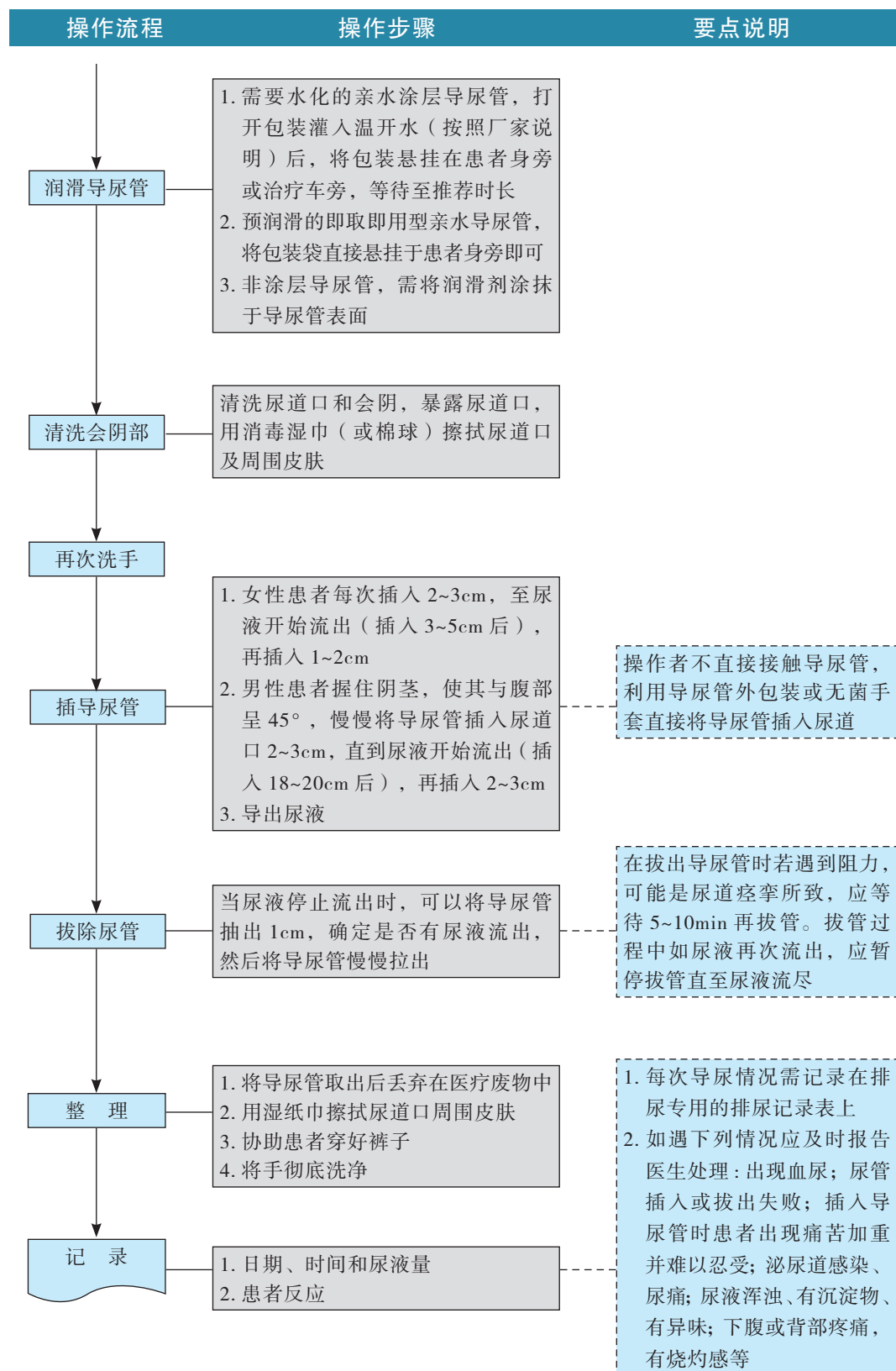
### 四、适宜人群

排尿功能障碍的吞咽障碍患者，需要做获取尿液检测的标本或精确测量残余尿量检查的患者。



## 五、操作





## 六、注意事项及处理措施

### （一）插导尿管过程中遇到障碍

防范处理：先暂停 5~10s 并将导尿管拔出 3cm，嘱患者深呼吸或喝口水，然后再缓慢插入。

### （二）拔出导尿管时遇到障碍

防范处理：可能是尿道痉挛所致，应等待 5~10min 再拔管。

### （三）尿道损伤

防范处理：插尿管时动作轻柔，尿管要充分润滑。特别是男性患者，注意尿管经尿道口、膜部、尿道外口的狭窄部、耻骨联合下方和前下方处的弯曲部时，嘱患者缓慢深呼吸，缓慢插入尿管，切忌用力过快过猛而损伤尿道黏膜。

### （四）尿路感染

防范处理：在间歇性导尿开始阶段，每星期检查尿常规 1 次，以后根据情况延长到 2~4 周 1 次。定期检测尿培养，观察患者体温。教会患者或家属了解泌尿系统感染的相关症状和体征。

1. 规范操作流程。
2. 选择大小、软硬程度合适的尿管，以减少对尿道黏膜的机械性损伤和刺激。
3. 选择合适的润滑剂。
4. 合理安排间歇导尿的时间和次数，每次达到完全排空膀胱。
5. 保持会阴部的清洁，及时清洗会阴分泌物。
6. 每次导尿前按照七步洗手法使用流水洗手，使用清洁纸巾或清洁毛巾抹干双手。

### （五）尿路结石

防范处理：进行早期活动；经常变换体位，减少饮食中的钙含量以防结石形成；在无禁忌证的情形下，多饮水，每天摄入量应不低于 1500mL。

### （六）导尿时机及间隔时间

1. 宜在病情基本稳定、无需大量输液、饮水规律的情况下开始，一般于受伤后早期（8~35d）开始。

2. 间歇导尿频率依据两次导尿之间残余尿量和自行排出尿量而定，两次导尿之间能自行排尿 100mL 以上，残余尿量 300mL 以下，每日导尿 4~6 次；两次导尿之间能自行排尿 200mL 以上，残余尿量 200mL 以下，每日导尿 4 次；当残余尿量少于 100mL 或为膀胱容量 20% 以下时，可停止间歇导尿。

## 第十八节 简易膀胱容量和压力测定

### 一、目的

通过评估膀胱储尿期与排尿期逼尿肌与括约肌的运动功能及膀胱感觉功能，获得逼尿肌活动性和顺应性、膀胱内压、安全容量等信息，以指导膀胱训练及治疗。

### 二、权责

1. 护士：关爱患者，注意保护患者隐私，尽可能减少损伤给患者带来的不适感，向患者做好操作相关的健康教育。

2. 患者：配合操作过程，了解操作的注意事项。

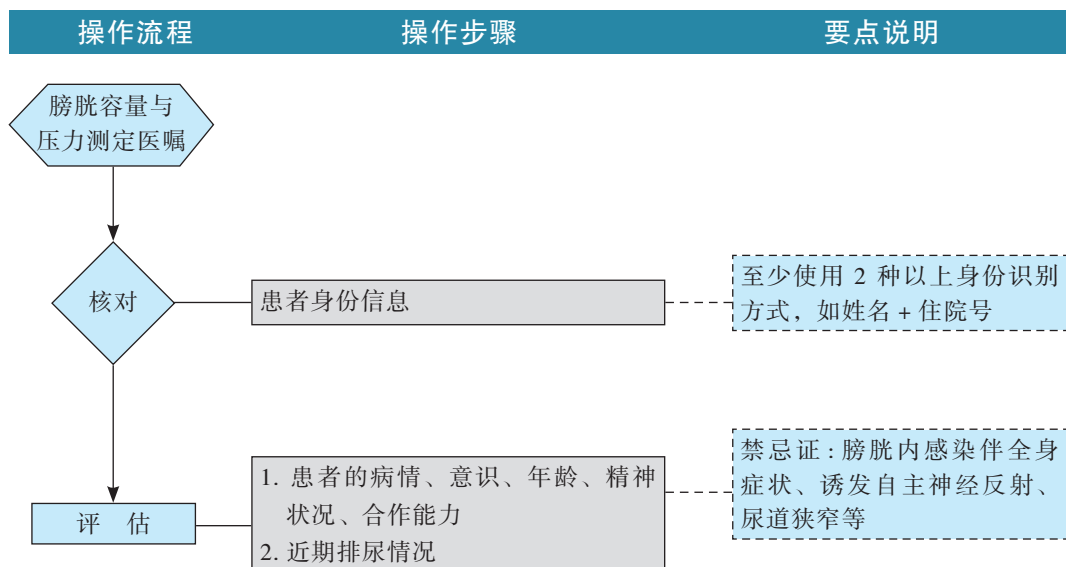
### 三、定义

简易膀胱容量和压力测定（simple bladder volume and pressure determination）是指根据压力量表的原理，将与大气压相通的压力管与膀胱相通，膀胱内压力随储量的改变通过水柱波动来显示，它是判断膀胱容量大小和压力变化情况的技术。

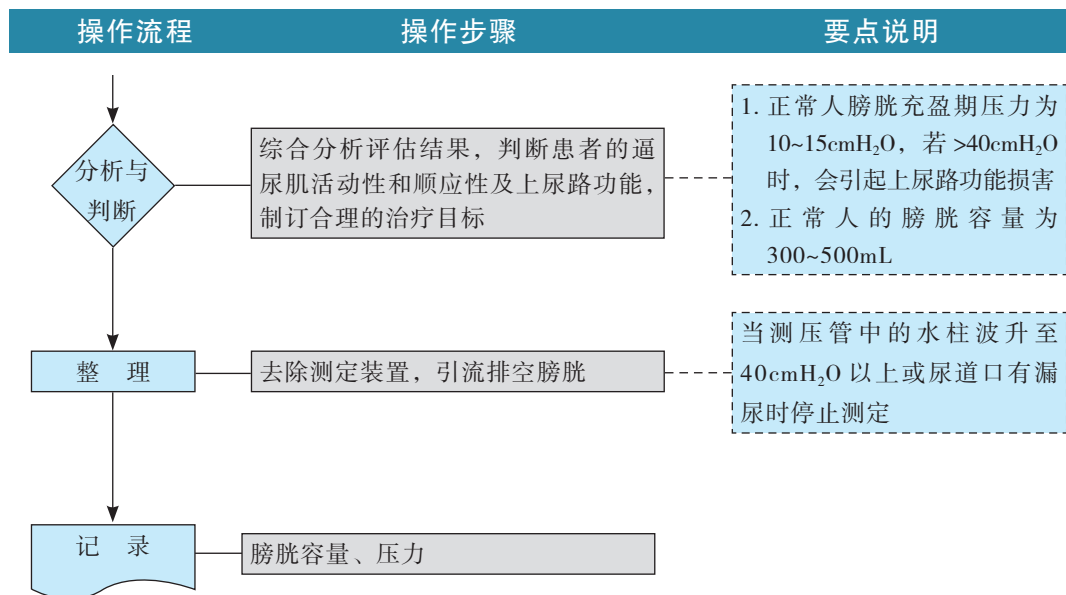
### 四、适宜人群

有膀胱逼尿肌功能异常的患者。

### 五、操作



操作流程	操作步骤	要点说明
准备	1. 操作者：洗手，戴口罩 2. 环境：病房安静、隐蔽，保暖 3. 物品：可调式输液架 1 个，测压标尺 1 个，膀胱冲洗器 2 个，500mL 的生理盐水 1 瓶、带有刻度的量杯或尿壶 1 个、导尿包 1 个、14 号无菌导尿管 1 条 4. 患者：按需大、小便，取屈膝仰卧体位 5. 环境：病房安静、保暖	
告知	解释简易膀胱容量与压力测定的目的及操作过程，指导患者配合	
固定标尺	将膀胱冲洗器作为测压管垂直固定于测压标尺旁边，尺挂在输液架的一侧	
悬挂生理盐水	将 500mL 生理盐水加温至 35℃~37℃，将刻度标记于瓶子上，插上另一膀胱冲洗器进行排气并悬挂在输液架另一侧，尺挂在输液架的一侧	
调节标尺	将测压管下端与输注生理盐水的膀胱冲洗器相接，调节输液架使测压管的零点（先少量灌注部分生理盐水以调零）与患者的耻骨联合平齐	
排空膀胱	按无菌原则插入尿管，排空膀胱的尿液（残余尿量）	如果使用气囊导尿管不要向气囊管里注水避免影响测压结果
灌注生理盐水	向膀胱内灌注生理盐水时，一般 20~30mL/min，但膀胱过度活跃时可减慢点滴的速度至 10mL/min	如果水柱上升速度很快，此时不一定要停止监测，可先减慢速度再观察
测量膀胱容量与压力	观察每进入 50mL 生理盐水，对应测压管中水柱的波动，记录膀胱的感觉、膀胱压力及容量、漏尿点压力	注意保持测压管道的通畅：在测定前、中、后嘱患者咳嗽，以测定管道是否通畅，水柱波动是否灵敏



## 六、常见并发症及处理措施

1. 膀胱刺激征：患者可能出现尿频、尿急、尿痛等症状，可能因尿管刺激尿道黏膜所致，操作结束后应多饮水，适当休息，症状可缓解。

2. 尿道损伤：插尿管时动作轻柔，尿管要充分润滑。特别是男性患者，注意尿管经尿道口、膜部、尿道外口的狭窄部、耻骨联合下方和前下方处的弯曲部时，嘱患者缓慢深呼吸，缓慢插入尿管，切忌用力过快过猛而损伤尿道黏膜。

3. 发热：操作过程中严格无菌操作，嘱患者多饮水或静脉补充液体，必要时予抗生素治疗。

## 第十九节 膀胱残余尿量测定

### 一、目的

1. 明确患者的残余尿量。
2. 根据结果，调整患者的饮水计划或导尿时间点，找到最佳的导尿时间。

### 二、权责

1. 护士：动作轻柔，无发生损伤；向患者做好操作的健康教育。
2. 患者：配合操作过程，了解操作的注意事项。

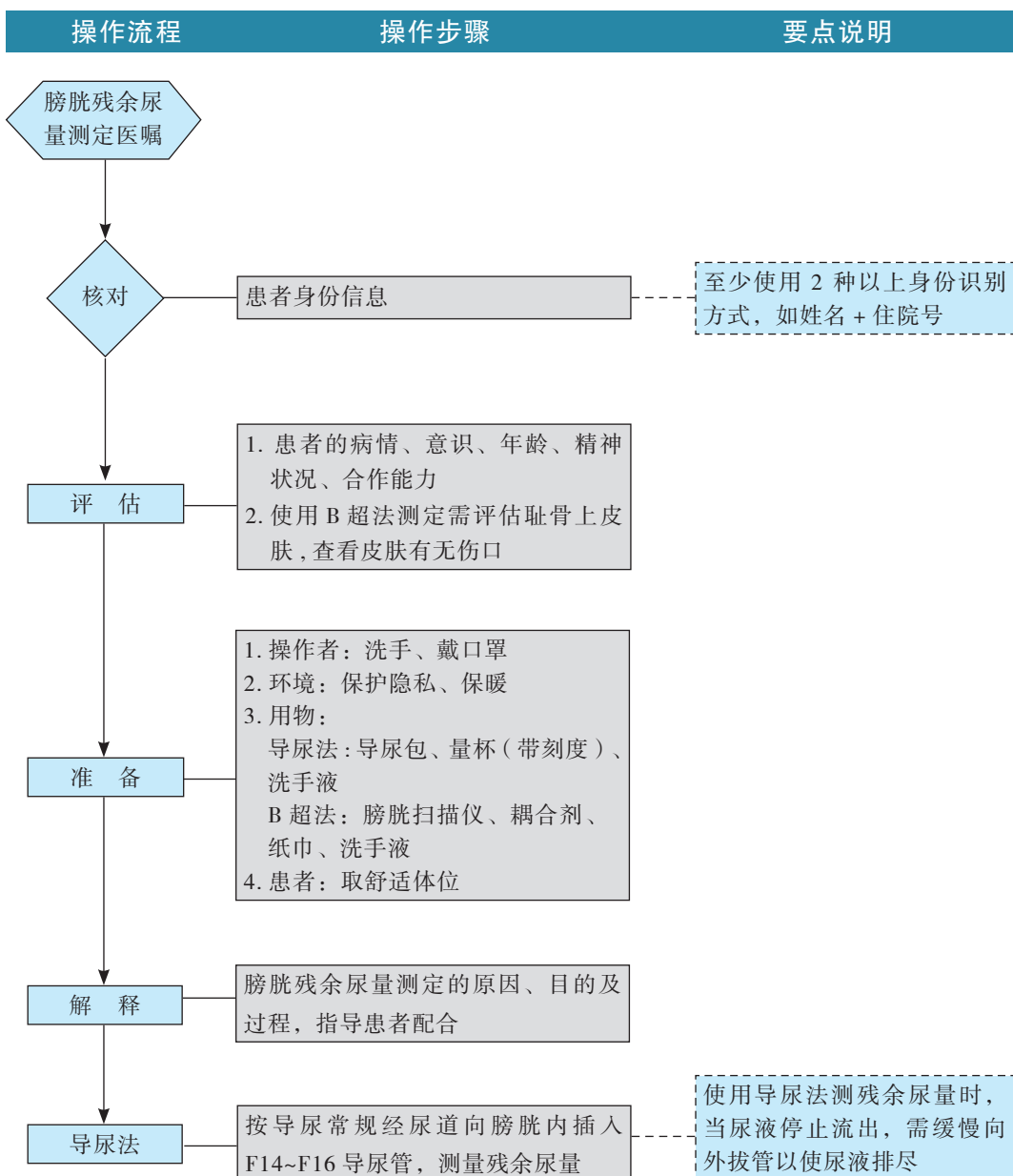
### 三、定义

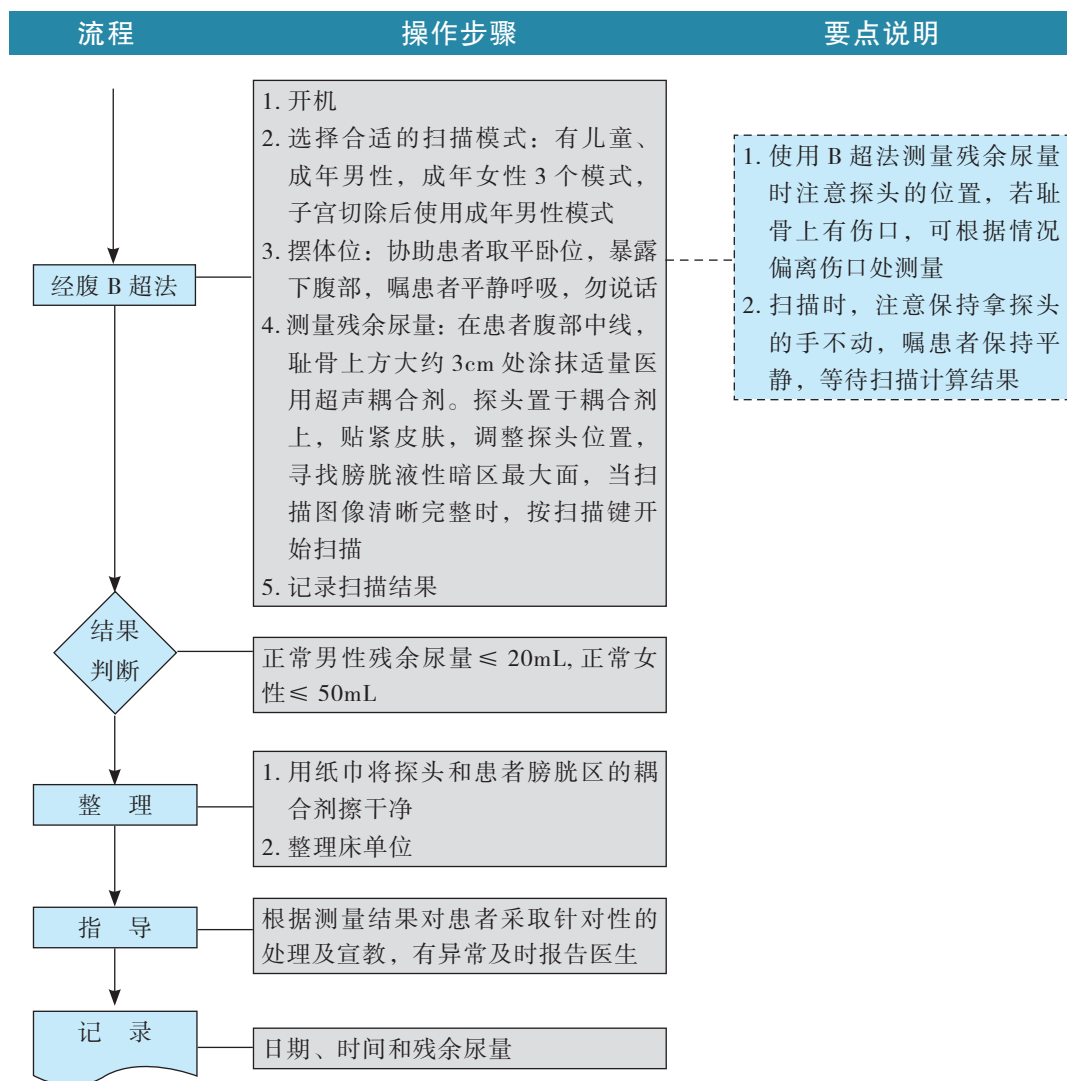
膀胱残余尿量测定（post-void residual volume, PVR）是指排尿后立即导尿或用 B 超检查测定膀胱内残余尿量。

### 四、适宜人群

有膀胱逼尿肌功能异常的患者。

### 五、操作





## 六、常见并发症预防与处理措施

### （一）插导尿管过程中遇到障碍

防范处理：先暂停 5~10s 并将导尿管拔出 3cm，嘱患者深呼吸或喝口水，然后再缓慢插入。

### （二）拔出导尿管时遇到障碍

防范处理：可能是尿道痉挛所致，应等待 5~10min 再拔管。

### （三）尿道损伤

防范处理：插尿管时动作轻柔，尿管要充分润滑。特别是男性患者，注意尿管经尿道口、膜部、尿道外口的狭窄部、耻骨联合下方和前下方处的弯曲部时，嘱患者缓慢深呼吸，缓慢插入尿管，切忌用力过快过猛而损伤尿道黏膜。



## 第二十章 排便功能训练操作

### 一、目的

通过排便功能训练指导患者选择适合自身的排便时间、体位和方式，形成规律的排便习惯，不得使用缓泻剂及灌肠等方法。

### 二、权责

1. 护士：关爱患者，注意隐私保护，向患者做好操作健康教育。
2. 患者：配合操作过程，了解排便功能训练的注意事项。

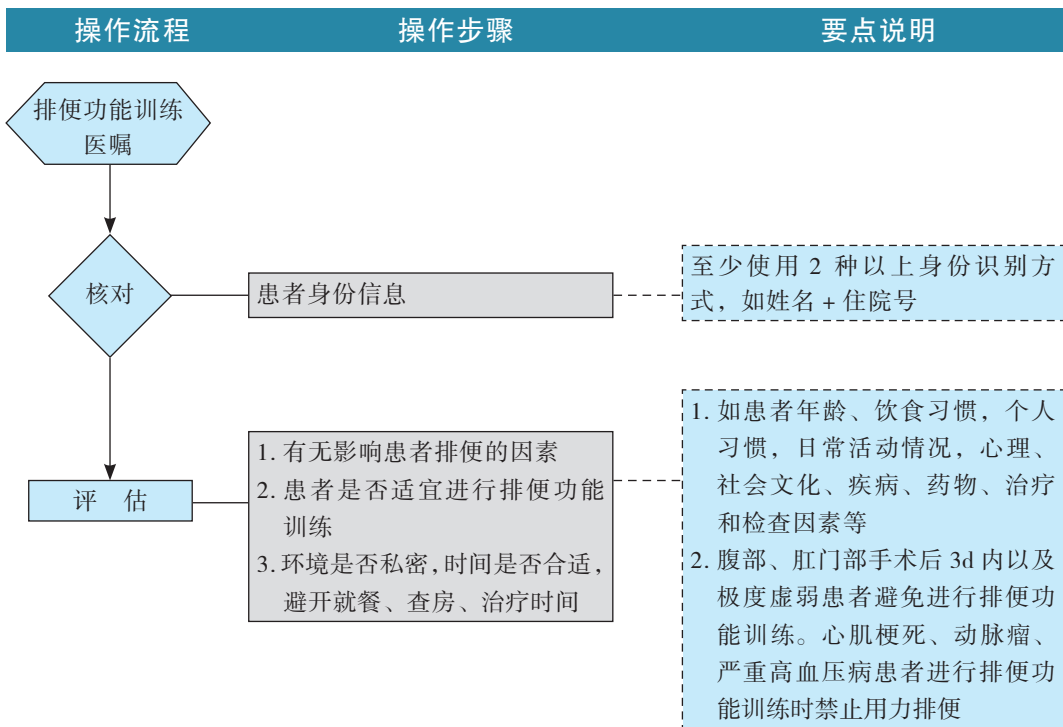
### 三、定义

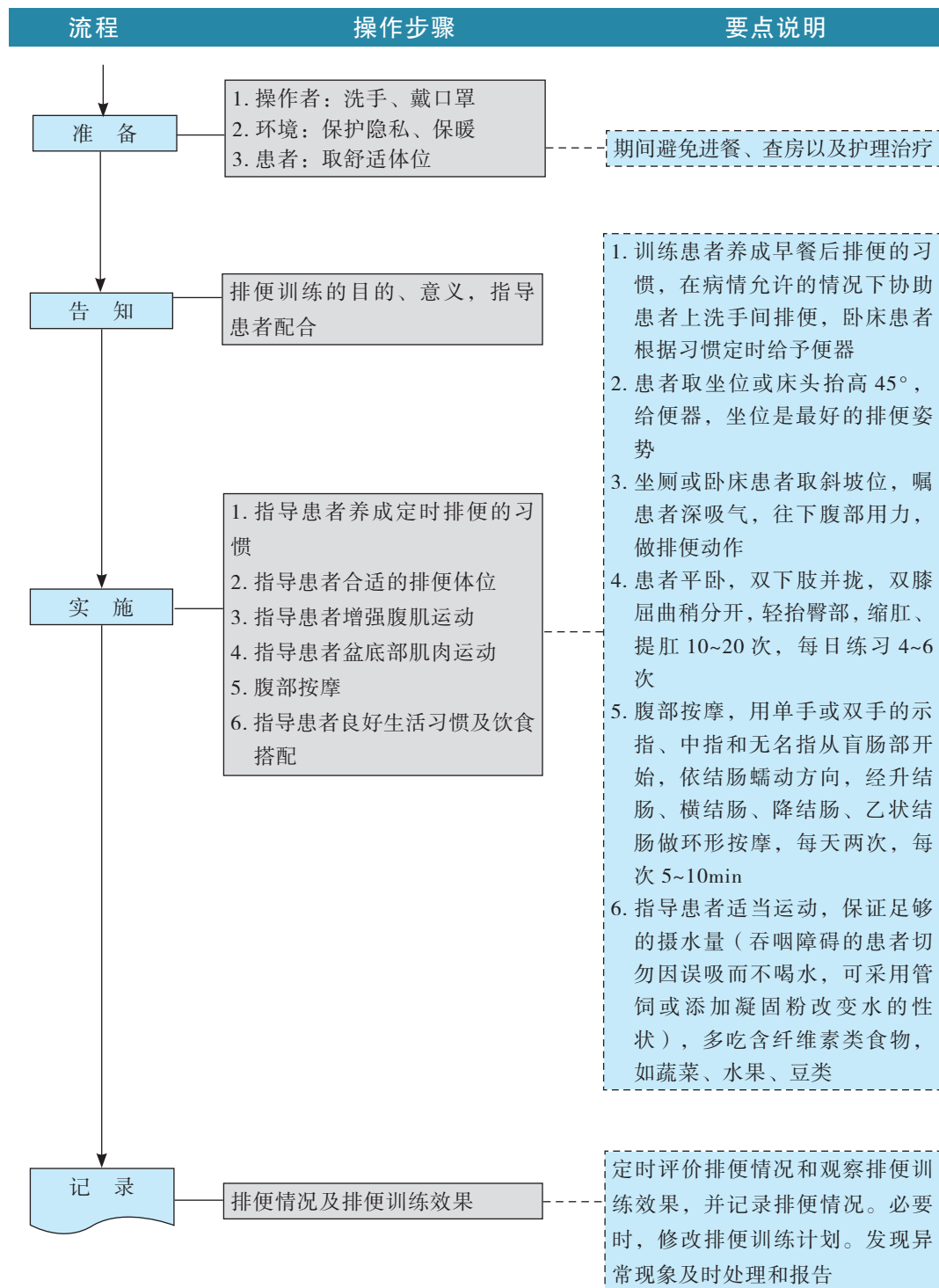
排便功能训练（bowel training）是指协助患者训练排便以养成规律地在规定的时间内排便的习惯。

### 四、适宜人群

有排便功能障碍的吞咽障碍患者。

### 五、操作





## 第二十一节 人工取便术操作

### 一、目的

解除患者粪便嵌塞，减轻患者痛苦。

### 二、权责

1. 护士：顺利取出大便，动作轻柔安全。
2. 患者：配合操作过程，了解操作注意事项。

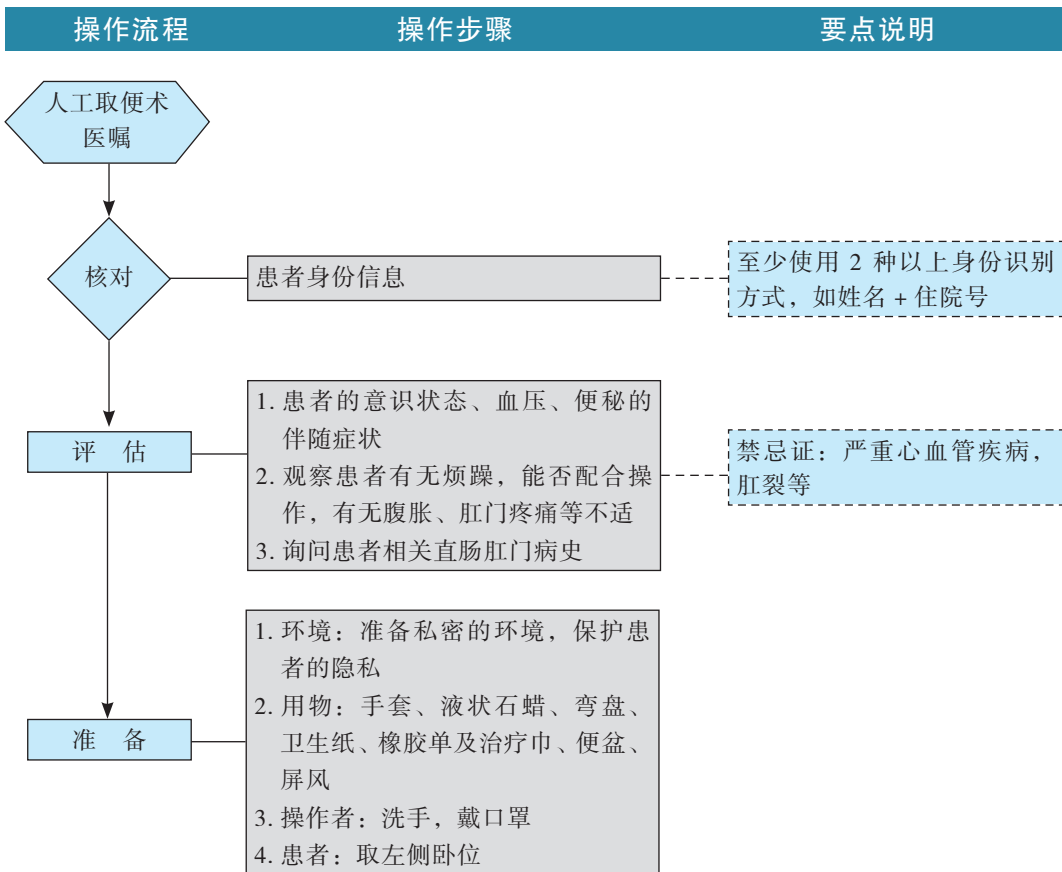
### 三、定义

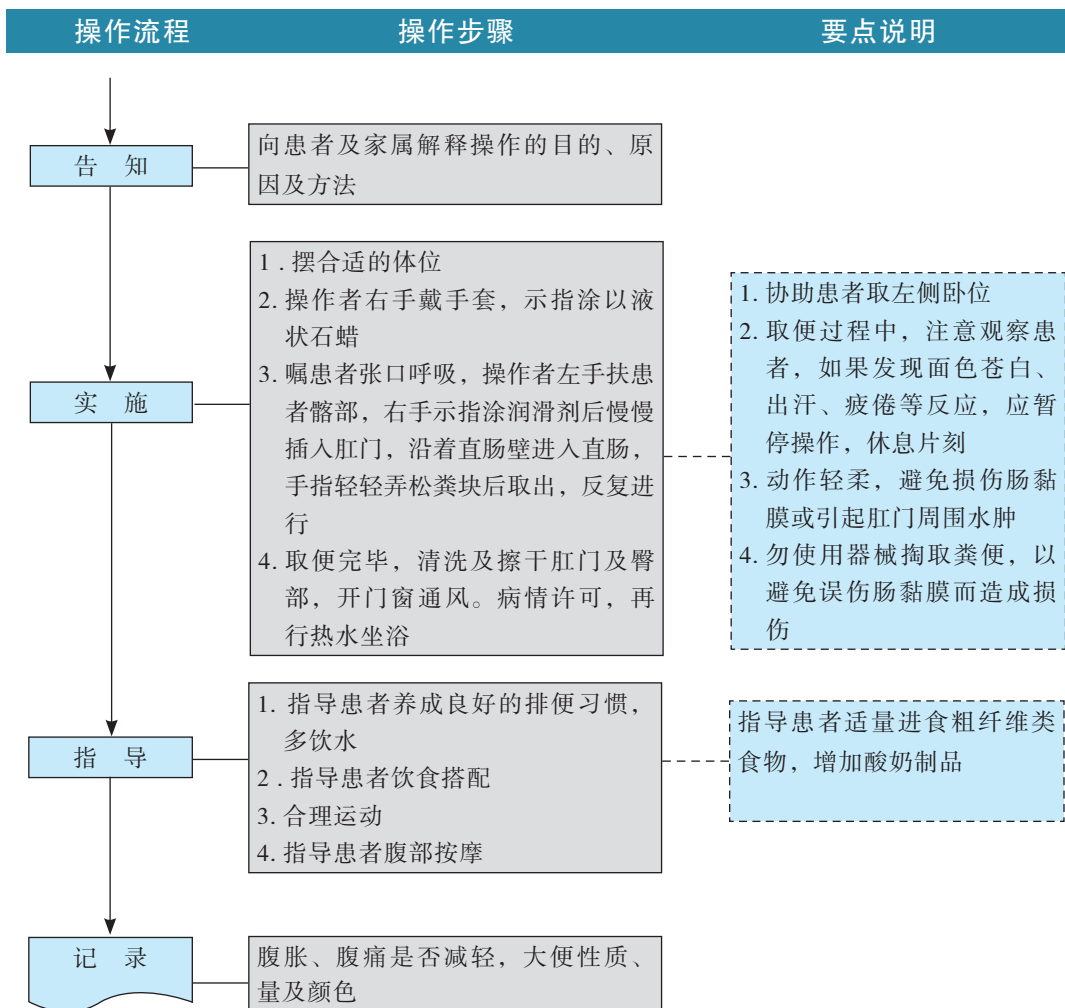
人工取便术( manual removal of faeces )是指用手指由直肠取出嵌塞粪便的方法。

### 四、适宜人群

粪便嵌塞采用灌肠等通便术无效的患者。

### 五、操作





## 六、常见并发症及处理措施

1. 出血：动作轻柔，充分使用石蜡油润滑手指。
2. 肛管直肠过度扩张：进行人工取便时操作手法轻柔以防止过度牵拉括约肌。
3. 自主神经反射障碍：常发生在 T6 以上水平的脊髓损伤患者。人工取便时润滑剂中加入利多卡因可减少伤害性感觉冲动传入。

## 第二十二节 主动呼吸循环技术

### 一、目的

促进患者塌陷的肺组织恢复扩张，通过肺的扩张促使分泌物顺利排出，从而促进患者恢复整体的健康。

## 二、权责

1. 护士：掌握主动呼吸循环技术动作要领，对患者进行相关健康教育。
2. 患者：积极配合护理人员，学习主动呼吸循环技术，了解相关注意事项。

## 三、定义

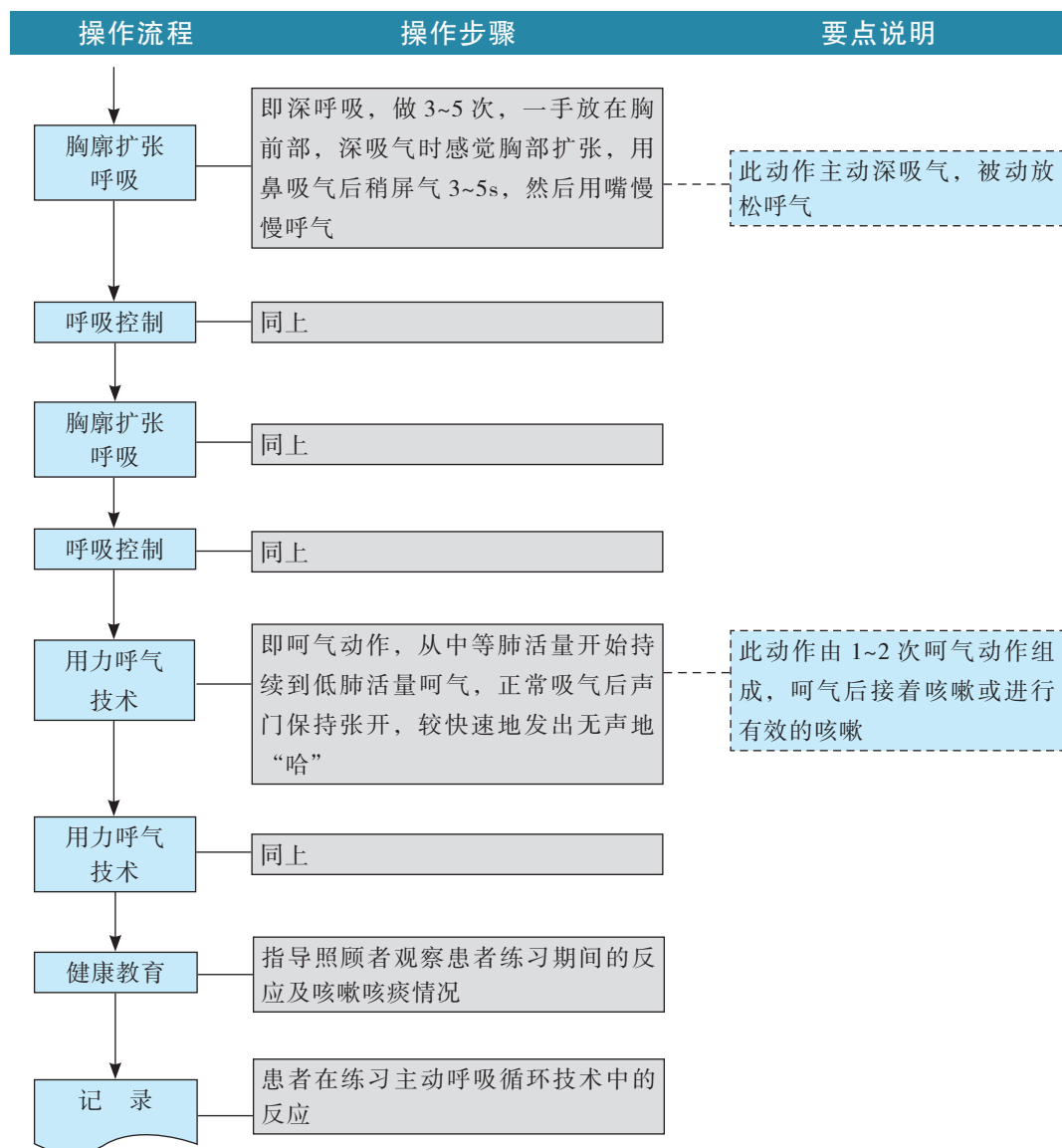
主动呼吸循环技术（active cycle of breathing techniques, ACBT）是一种特殊的呼吸肌锻炼方法，也是一种用于松动和清除过多支气管分泌物的胸部物理治疗方法。这种方法无需借助外力且较简单易学，一次完整的主动呼吸循环主要包括呼吸控制、胸廓扩张呼吸、用力呼气技术。

## 四、适宜人群

慢阻肺稳定期及急性发作期、心胸外科手术、皮肤炎、吉兰－巴雷综合征、重症肌无力、脑卒中、脑外伤、高位截瘫的患者以及长期卧床的老年人等。

## 五、操作

操作流程	操作步骤	要点说明
主动呼吸循环技术训练医嘱		
评估	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 病情、年龄、意识、呼吸、痰液</li> <li>2. 有无相应的禁忌证</li> <li>3. 心理：心理状态、合作程度</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 吞咽与呼吸均与延髓中枢有密切的关系，通过呼吸训练可提高患者呼吸控制能力来控制吞咽时的呼吸，强化腹肌，学会快速随意咳嗽，排除残留食物，排除呼吸道有害物。主动呼吸循环技术需在患者病情稳定、意识清醒并排除相应禁忌证时进行</li> <li>2. 禁忌证：COPD IV 级（极重度）、颅内压 &gt;20mmHg、头颈部损伤、误吸高危患者、支气管胸膜瘘、气胸、心律失常、血流动力学不稳、肺出血及咯血等</li> </ol>
准备	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 时间：晨起或午睡起床后</li> <li>2. 环境及地点：室内室外均可，以安静、安全为原则</li> <li>3. 体位：站位、坐位均可，自然舒缓，面向前方</li> </ol>	
呼吸控制	即腹式缩唇呼吸，患者站位或坐位，腹肌放松或双膝屈起使腹肌放松，吸气时采用腹式呼吸，呼气时采用缩唇呼吸	以鼻深吸气至腹部隆起后再缩拢口唇缓慢呼气至腹部凹陷，控制吸、呼时间比为 1：（2~3），可用手放在胸部和上腹部感觉起伏



## 六、操作注意事项

1. 掌握主动呼吸循环技术的适应证和禁忌证。
2. 练习过程中需照顾者陪伴，确保患者安全。
3. 练习过程以舒适、适度为原则，即患者不觉疲劳为宜，不主张过于勉强，以防受伤。
4. 练习过程中注意观察患者的面色、有无剧烈咳嗽及胸闷、呼吸困难等症状，若有应立即停止练习。
5. 熟练掌握本技术的各项基本动作，须长期坚持锻炼。

## 第二十三节 （上下）患肢床上被动运动

### 一、目的

1. 降低制动导致的关节和周围软组织挛缩，保持肌肉弹性及关节功能。
2. 促进血液循环来改善关节营养状况，减少渗出、减轻伤口肿胀，促进伤口愈合。
3. 促进关节软骨的愈合和再生，快速恢复关节活动度。

### 二、权责

1. 护士：熟悉并掌握床上被动运动动作要领，能对患者及家属进行健康教育。
2. 患者及家属：积极配合，并主动学习床上被动运动操作技术，了解操作注意事项。

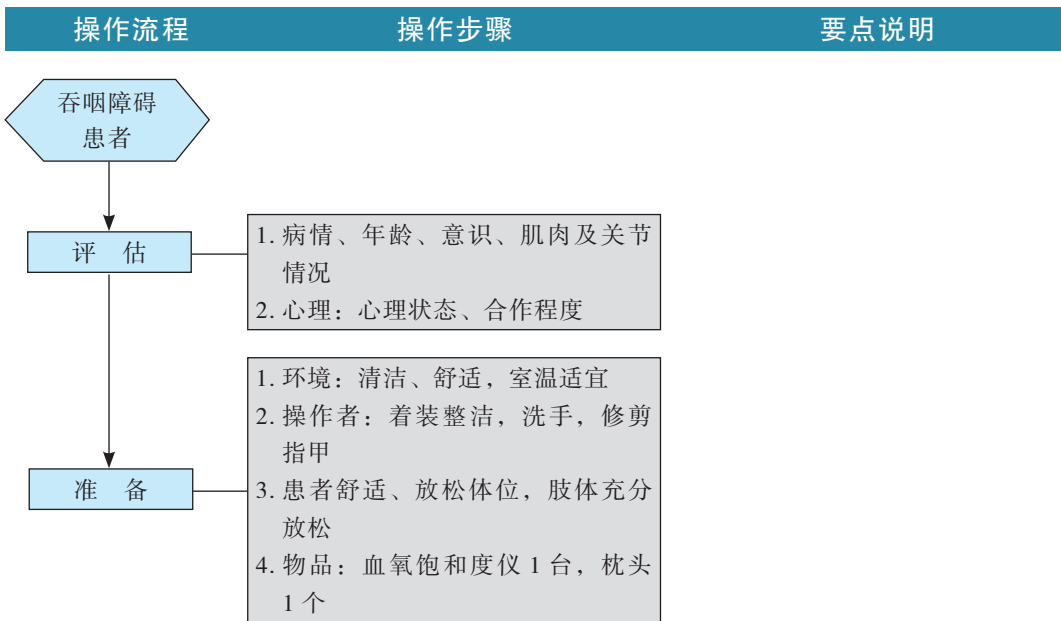
### 三、定义

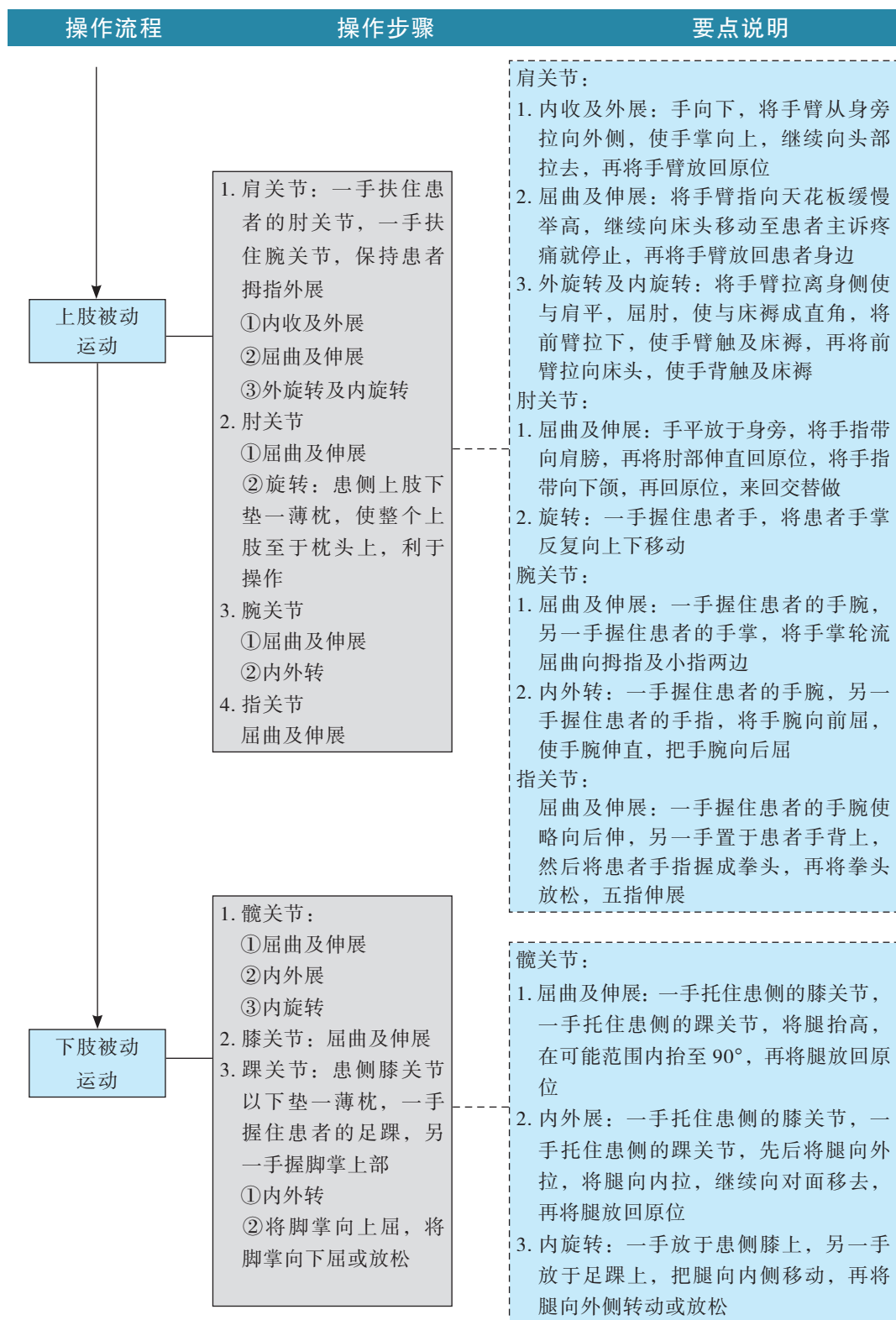
患肢床上被动运动（passive exercise）是指完全由他人来帮助卧床患者进行的活动，适用于肢体瘫痪患者、肢体活动能力受限制的老弱及卧床患者。

### 四、适宜人群

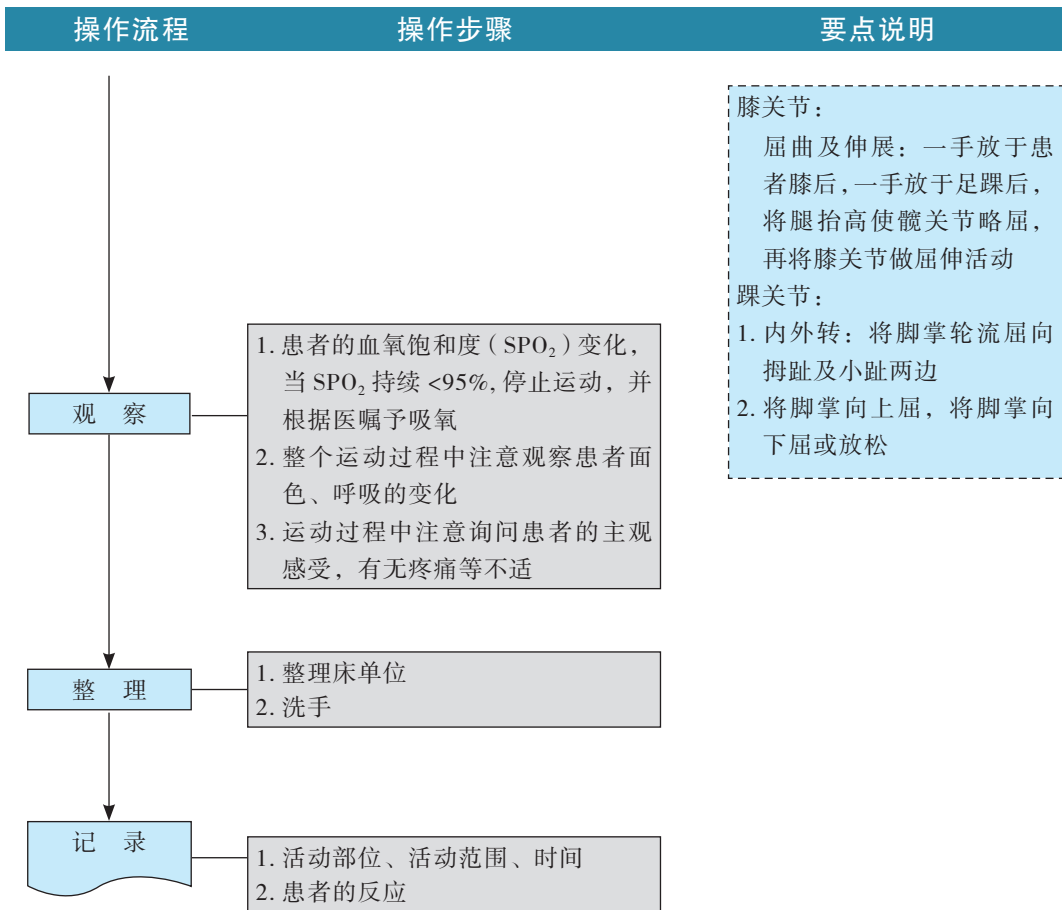
肌力 $\leq 3$ 级的吞咽障碍患者。

### 五、操作









## 六、操作注意事项

1. 运动的顺序应遵循由近端到远端, 由大关节到小关节的原则。
2. 动作应缓慢、轻柔, 避免暴力, 不应使患者产生疼痛感。
3. 活动的范围由小到大, 逐步到全范围的关节活动。
4. 每个运动做 5~10 次, 每天 4 次。
5. 操作者应注意省力原则, 患者应尽量靠近操作者。

## 第二十四节 下肢关节康复器操作

### 一、目的

1. 使髋、膝、踝关节产生同步的连续性活动, 模拟人体大腿肌肉带动骨骼的方式作用于膝关节。

2. 利用其进行被动的膝关节屈伸活动锻炼，减少下肢关节主动活动时肌肉收缩带来的骨折端不良应力的影响，同时防止关节内外的粘连。

## 二、权责

1. 护士：治疗过程安全，无发生意外情况；向患者做好治疗相关健康教育。
2. 患者：配合治疗过程，了解治疗的注意事项。

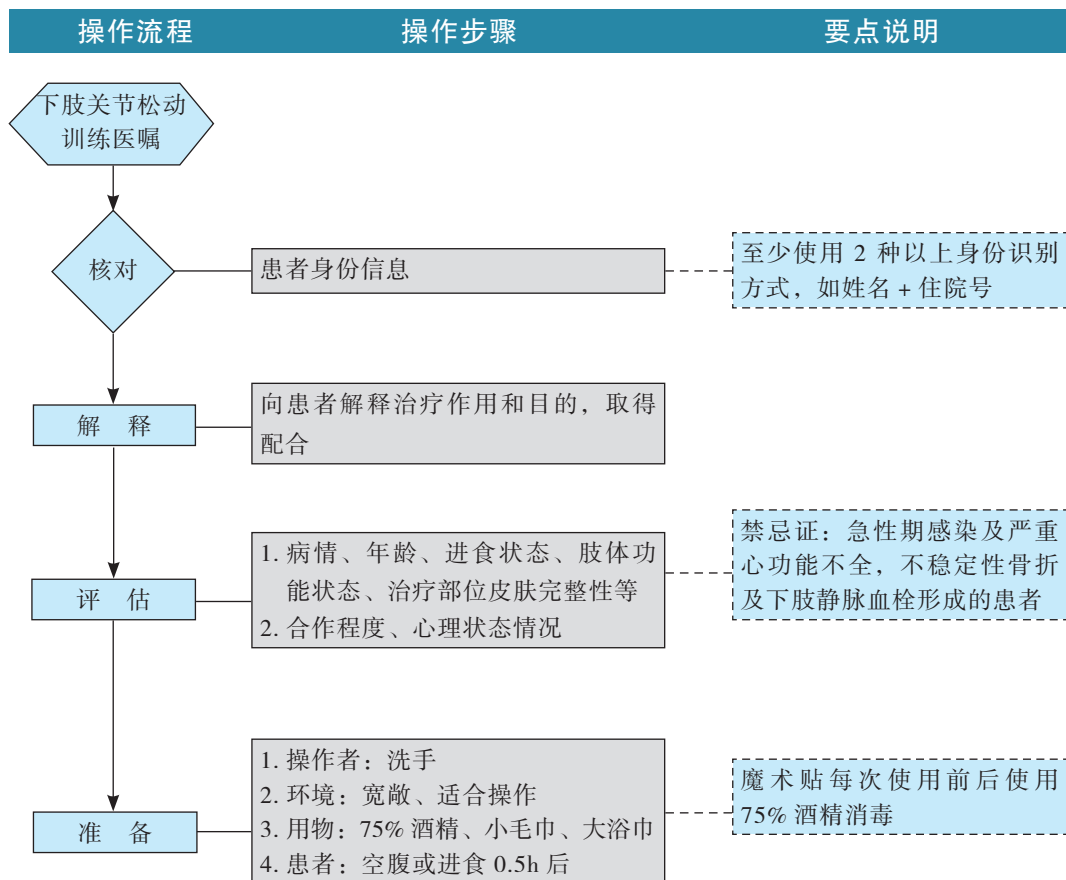
## 三、定义

指患者使用下肢关节康复器（continuous passive motion, CPM），利用其进行被动的膝关节屈伸活动锻炼，可减少下肢关节主动活动时肌肉收缩带来的骨折端不良应力的影响，同时防止关节内外的粘连。

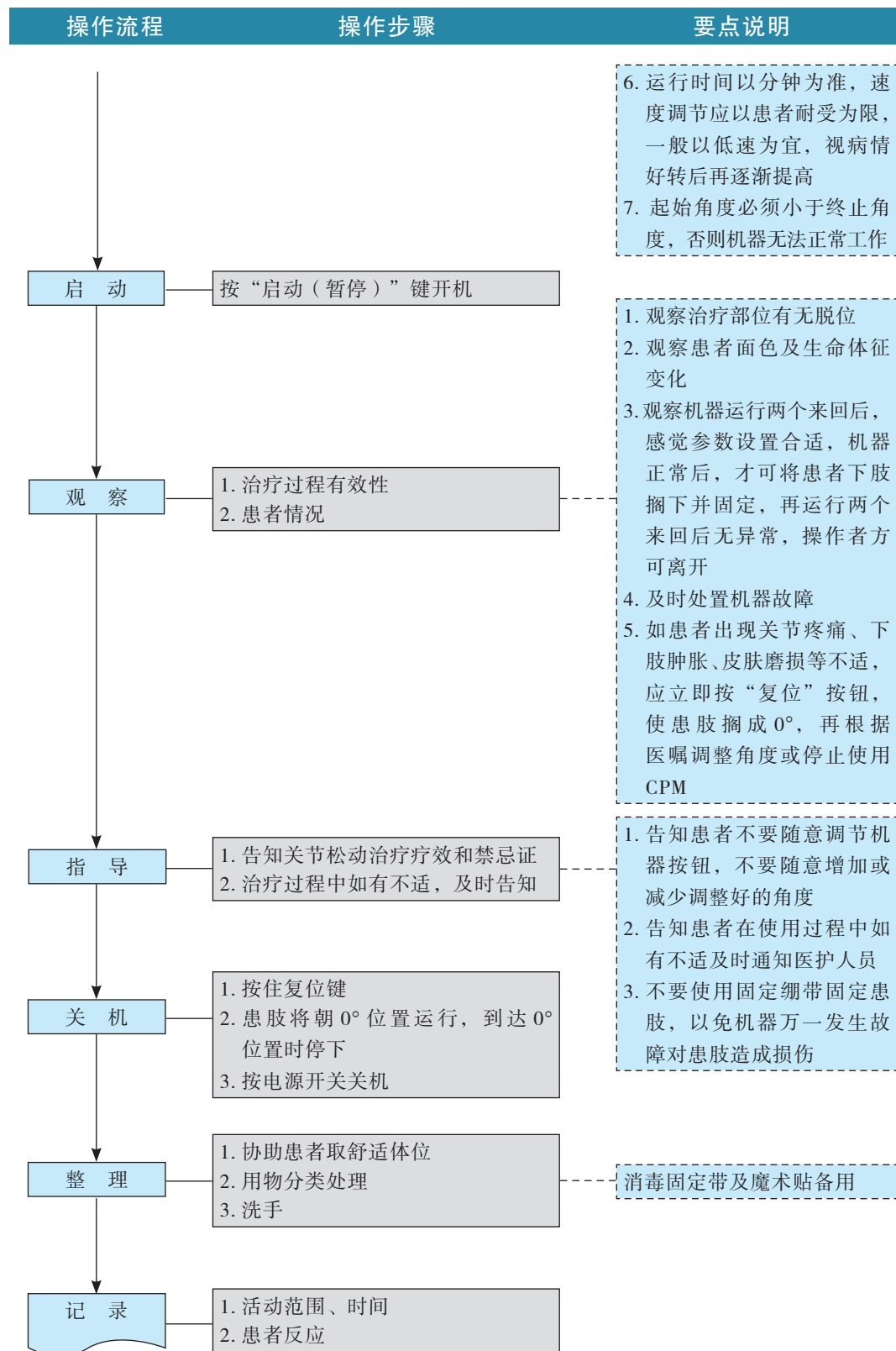
## 四、适宜人群

脑卒中、脊髓损伤、骨折术后导致的下肢关节或髋关节功能障碍的患者。

## 五、操作



操作流程	操作步骤	要点说明
<pre> graph TD     Start(( )) --&gt; A[体位]     A --&gt; B[开机]     B --&gt; C[设置]           </pre>	1. 机器放置于床尾 2. 协助患者摆好体位 3. 安全固定下肢	1. 根据患者身高体型，分别调节小腿支架和大腿支架的长度，使患者肢体与搁架的每段长度基本一致，并尽量让患者的膝关节与机器的膝关节转动部重合 2. 调节底部拉杆的长度，使患肢搁成 $0^{\circ}$ ，调节后分别调节旋钮旋紧 3. 借助小毛巾固定关节部位 4. 注意保护好男性生殖器，以免受压或摩擦
	连接电源，打开电源开关	开机后显示屏显示上次关机时的数据，机器处于参数可设定状态，如不予调整，则保持上次关机时的数据
	1. 调整支撑杆 2. 调整“伸展角度”、“屈曲角度”、“运行速度”、“运行时间” 3. 调整“控制模式” 4. 调整“控制方式” 5. 调整“控制力矩” 6. 调整“伸展”或“屈曲” 7. 确认显示屏上各参数设置正确	1. 调节抽拉大、小腿支撑杆件使患者下肢长度和杆件相符，并使杆件中间关节处于 $0^{\circ}\sim 10^{\circ}$ ，拧紧各钉螺栓 2. 调整“伸展角度”、“屈曲角度”、“运行速度”、“运行时间”：可按“ $\uparrow$ ”“ $\downarrow$ ”键作相应调整，调整结束后必须按该键予以确认 3. 调整“控制模式”时选择“正常模式”表示机器按设定数据运行；“角度模式”表示机器按设定数据运行约每 20min 后，角度自动增加 $3^{\circ}$ ；“速度模式”表示机器按设定数据运行约每 20 分钟后，速度自动增加 1 档 4. 调整“控制方式”时选择“全程”方式，则机器以最大运动距离运动；“膝关节”方式，则机器能以膝关节实际角度运动并控制 5. “力矩大”表示机器以电机 100% 输出功率控制工作；“力矩中”表示机器以电机 65% 输出功率控制工作；“力矩小”表示机器以电机 35% 输出功率控制工作，超过设定的力矩控制，则机器将自动反向运行



## 六、常见并发症及处理措施

### （一）关节脱位

#### 1. 原因

（1）全髋关节置换术后患者进行 CPM 锻炼时抬动肢体髋关节超过  $90^{\circ}$ ，移动肢体时患肢过度内收、外旋，导致人工关节脱位。

（2）关节活动屈伸角度调节不合适、机器长杆长度与肢体长度不匹配。

（3）机器各旋钮未拧紧，运动过程中机器不稳以及肢体固定不稳突然掉落导致关节脱位。

#### 2. 预防

（1）移动肢体时动作轻柔，忌粗暴，全髋关节置换术后患者注意髋关节屈曲小于  $90^{\circ}$ ，患肢保持外展中立位。

（2）操作前做好患者的评估工作，开始应用时应了解患者原有关节的活动度数及手术中关节松解后活动度数来决定膝关节最初的活动范围，初次使用应从小角度开始，要逐渐增加活动的次数，逐渐增加活动的角度和范围，根据患者大小腿长度调节机器长杆长度。

（3）操作前检查仪器性能是否完好，调节长度后拧紧各旋钮，正确固定肢体。

### （二）骨折

#### 1. 原因

（1）未掌握适应证，在骨折固定不稳时使用；患者不配合，运动时不能按要求摆放肢体。

（2）搬动肢体时动作粗暴，骨折内外固定术后未正确移动肢体，导致骨折断端移位或引起新的骨折。

（3）关节活动屈伸角度调节不合适、机器长杆长度与肢体长度不匹配。

（4）机器运行过程中失控，导致关节过度屈伸。

#### 2. 预防与护理

（1）严格掌握禁忌证，骨折固定不稳、躁狂期、癫痫发作期、生命体征不稳定的患者，开放性骨折污染严重的、术后感染没有得到控制的患者禁忌使用。

（2）搬动肢体时应用双手放于骨折或关节上下端，平托放于 CPM 机上，动作轻柔，忌粗暴。

（3）操作前做好患者的评估工作，初次使用从小角度开始，逐渐增加活动的角度和范围，根据患者大小腿长度调节机器长杆长度。

(4) 操作前检查仪器性能是否完好, 调节长度后拧紧各旋钮, 正确固定肢体; 操作过程中加强巡视, 发现异常运转及时处理。

### (三) 疼痛

#### 1. 原因

- (1) 病情因素如手术、骨折、关节僵硬引起的疼痛, 锻炼后使疼痛加剧。
- (2) 初始屈曲角度调节过大, 速度过快, 未结合患者病情及耐受性。
- (3) 患者情绪紧张, 对疼痛耐受性差。

#### 2. 预防与护理

- (1) 及时处理伤口疼痛, 必要时遵医嘱在适当镇痛的基础上进行锻炼。
- (2) 操作前做好患者的评估工作, 初次使用从小角度开始, 逐渐增加活动的角度和范围。
- (3) 认真向患者讲明功能锻炼的意义, 调动其积极性, 对 CPM 锻炼出现的疼痛有心理准备, 理解手术与锻炼的辩证关系, 取得患者的配合。

## 第二十五节 空气波压力治疗仪操作

### 一、目的

1. 加速肢体静脉血流速度, 消除水肿。
2. 预防凝血因子的聚集及对血管内膜的黏附, 防止血栓形成。
3. 增加纤溶系统的活性, 能刺激内源性纤维蛋白溶解。
4. 加速新陈代谢, 提高人体体温。

### 二、权责

1. 护士: 动作轻柔, 无发生损伤; 向患者做好气压治疗的健康教育。
2. 患者: 配合气压治疗, 知晓气压治疗的注意事项。

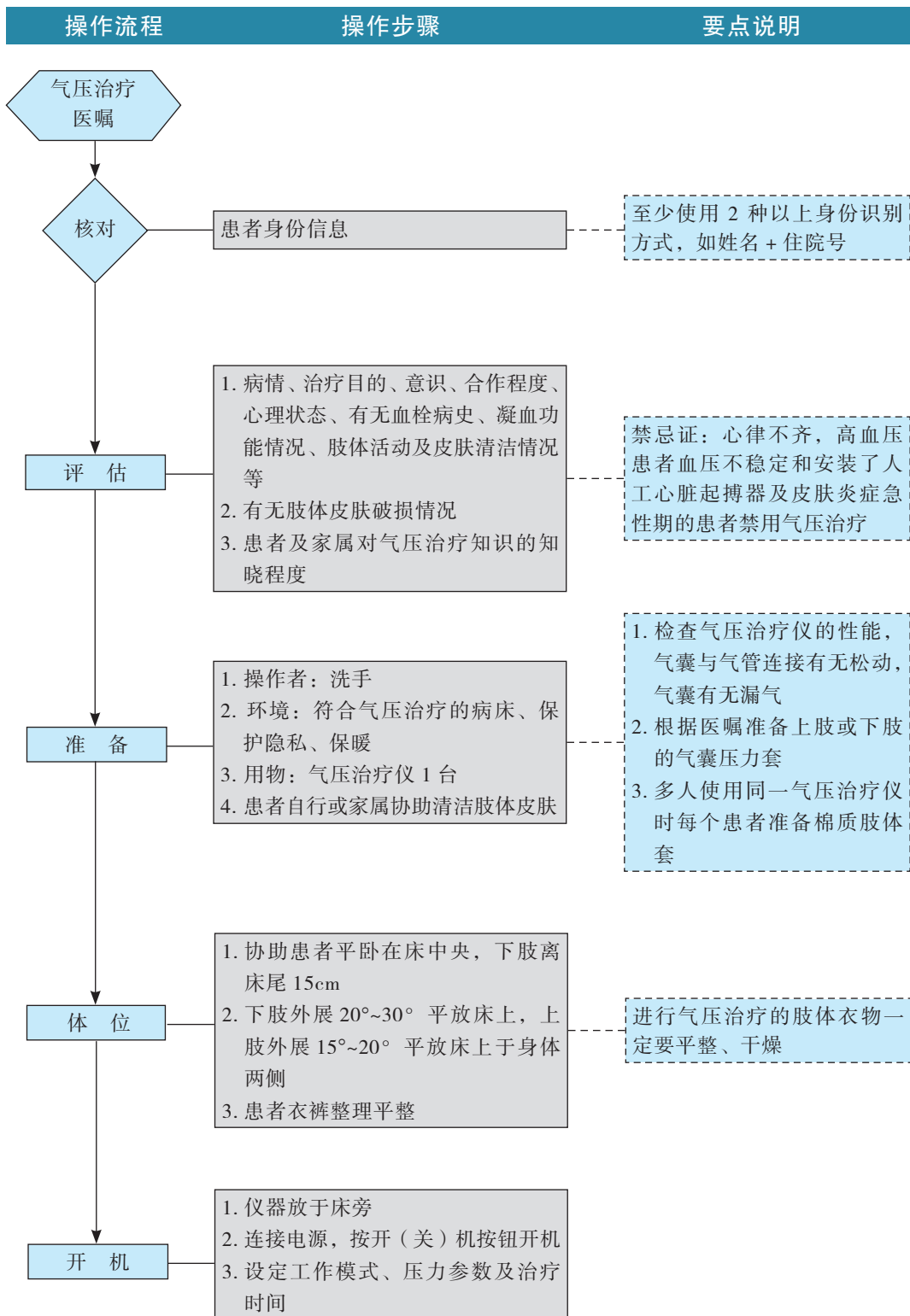
### 三、定义

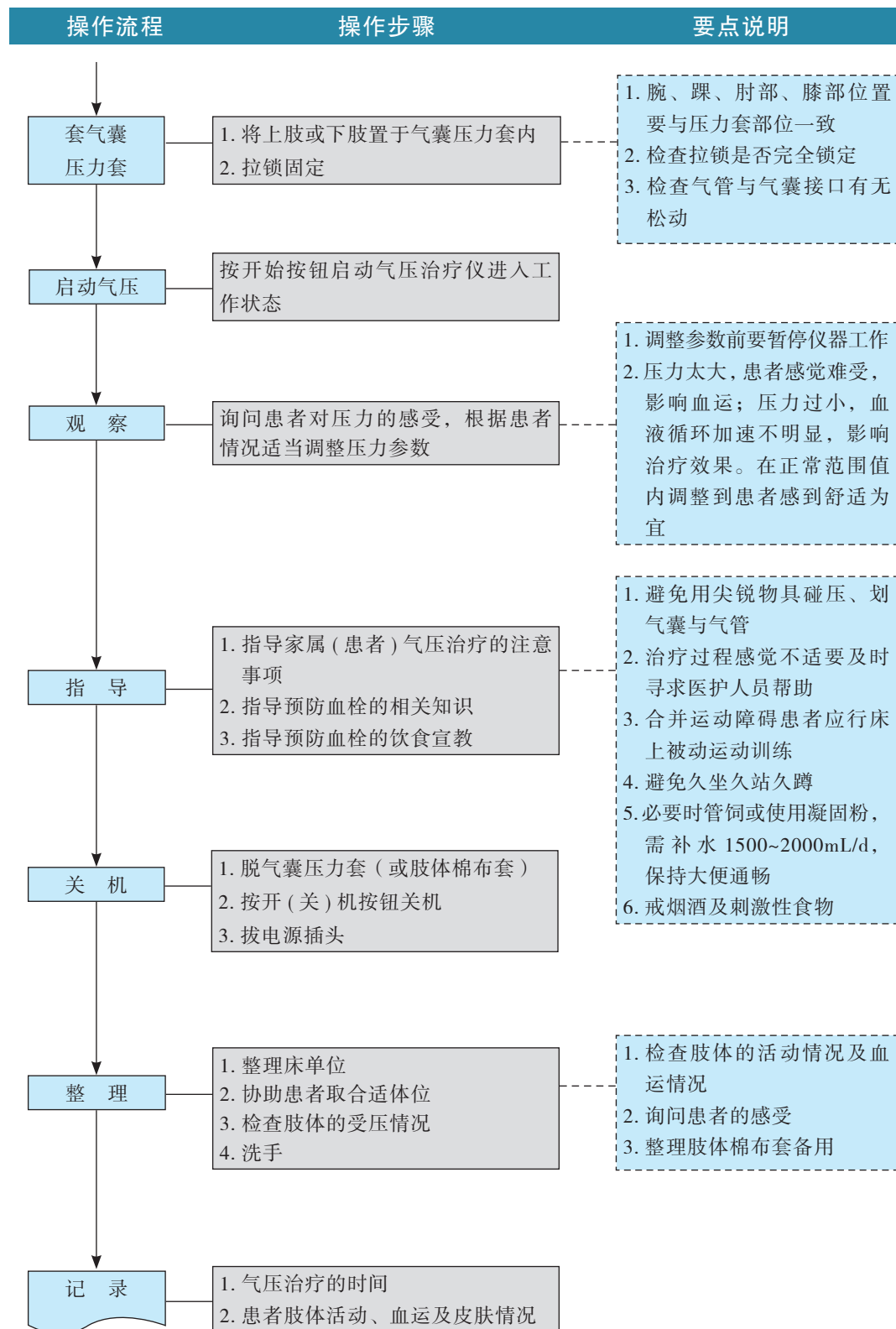
空气波压力治疗 (air wave pressure therapy) 是通过由远心端至近心端依次充气过程, 将淤积的淋巴液推回血循环中, 达到预防静脉血栓及消除水肿的物理方法。

### 四、适宜人群

脑血管意外、脑外伤、脑手术后、脊髓病变引起的肢体功能障碍和外周非栓塞性脉管炎的患者。

## 五、操作







## 六、常见并发症及处理措施

### （一）疼痛

1. 原因：气压压力过大引起，气囊压力套位置与肢体部位不契合。

2. 预防及护理

（1）暂停仪器工作，减少压力参数。

（2）调整气囊压力套的位置与肢体部位契合。

### （二）漏气

1. 原因：气囊有穿孔或气囊与气管连接不紧密。

2. 预防及护理：检查连接部位是否严密，如气囊有穿孔则要更换气囊压力套。

## 第四章 常见诊疗技术配合

### 第一节 吞咽造影检查前后护理准备与配合

#### 一、目的

通过协助医师、治疗师及放射科技师完成吞咽造影检查，以明确患者是否存在吞咽障碍，吞咽障碍的病因、分期及严重程度和代偿情况等。

#### 二、权责

1. 护士：向患者做好吞咽造影相关知识及配合要点的健康教育，了解吞咽造影结果并给予排痰等护理对策。
2. 患者：配合操作过程，了解吞咽造影作用和注意事项。

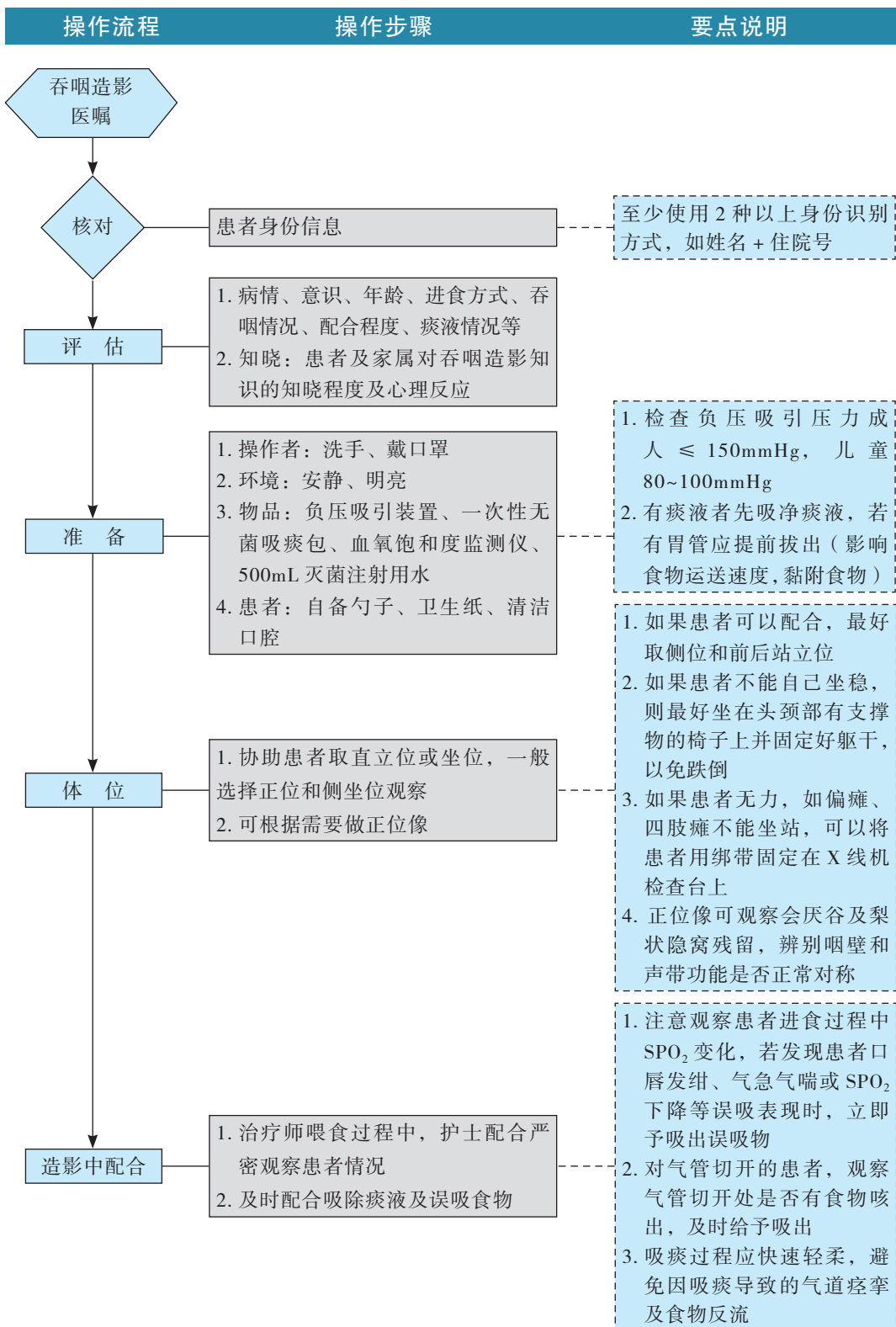
#### 三、定义

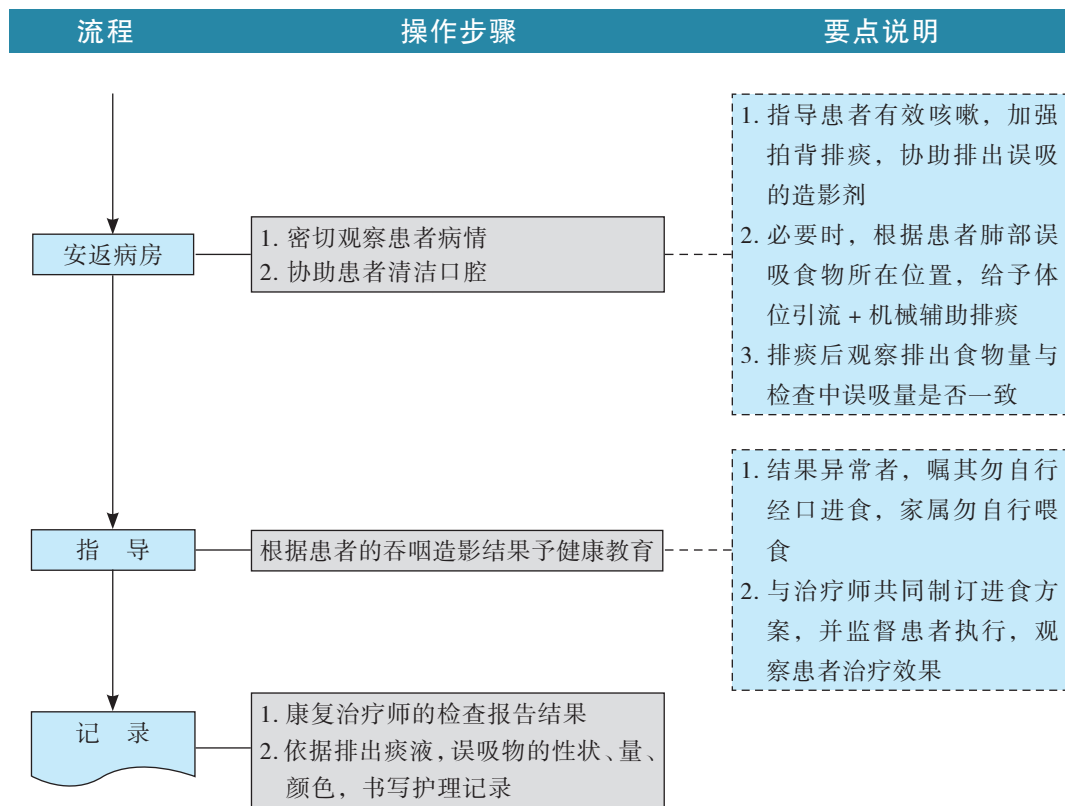
吞咽造影检查（videofluoroscopic swallowing study，VFSS）是在X线透视下，针对口、咽、喉、食管的吞咽运动所进行的特殊造影，通过点片、录像以及进一步的逐帧慢速回放以分析、发现吞咽功能的异常，可用于协助诊治吞咽障碍，被视为吞咽障碍检查的“理想方法”和诊断的“金标准”。

#### 四、适宜人群

改良洼田饮水试验结果分级为Ⅱ级以上的吞咽障碍患者。

## 五、操作





## 六、操作并发症及处理措施

### （一）误吸或窒息

在造影过程中严密观察患者情况，若发现患者有少量误吸，及时指导患者进行清嗓动作及有效咳嗽，及时清除误吸物，返回病房后立即给予体位引流 + 机械辅助排痰；若患者一旦出现口唇发绀、面色青紫、呼吸困难等窒息表现，立即予吸痰及海姆利克急救法急救，配合医生做好抢救工作。

### （二）口腔食物残留

指导患者漱口、刷牙以清除口腔残留食物，严重吞咽障碍者可予负压冲洗式牙刷进行口腔护理。

## 第二节 吞咽说话瓣膜佩戴前后护理准备与配合

### 一、目的

患者通过佩戴说话瓣膜提高声门下压力，恢复喉和上气道中的气压和气流，改善咳嗽反射，提高呼吸功能，进而改善患者吞咽功能、满足言语交流需求。

二、权责

- 1. 护士：向患者进行佩戴说话瓣膜相关知识及配合要点的健康教育，观察患者佩戴效果、有无并发症，及时处理。
- 2. 患者：知晓佩戴说话瓣膜的配合与注意事项，掌握佩戴过程中出现呼吸不畅的紧急处理措施。

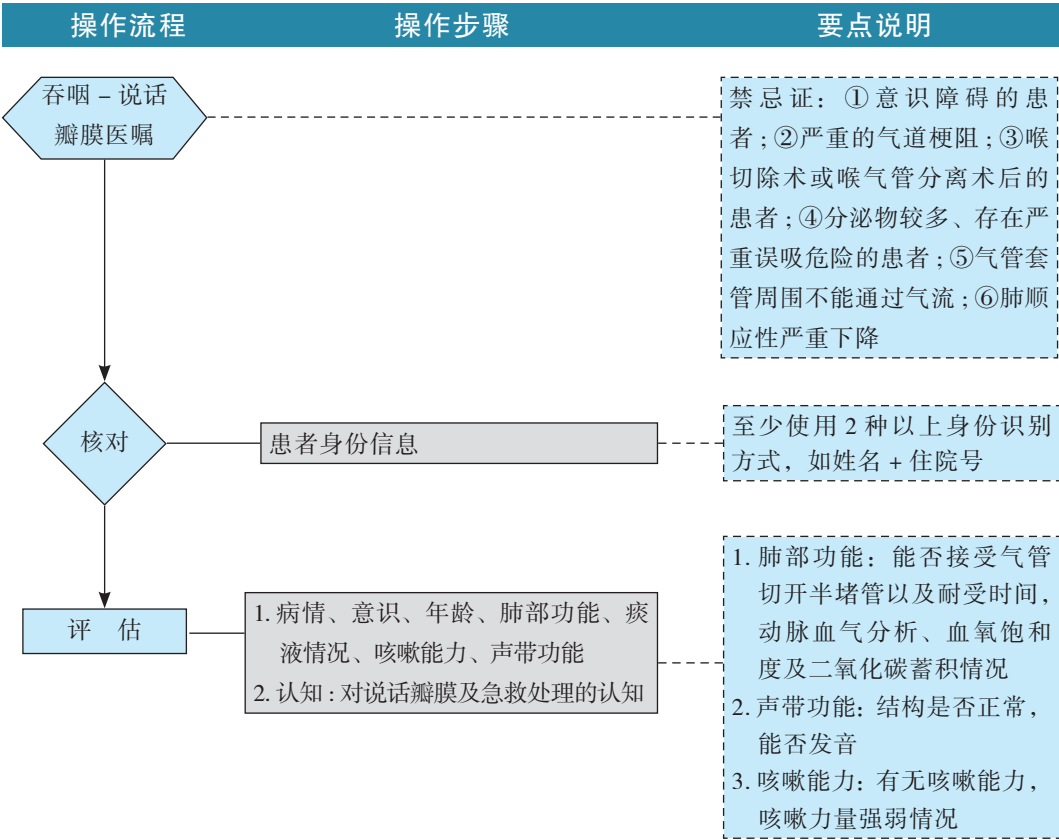
三、定义

吞咽－说话瓣膜（assy-muir swallowing and speaking valve, PMV）指针对气管切开患者，在气管套管管口安放一个单向通气阀，用于改善吞咽和说话功能的装置，由于患者戴此通气阀后，恢复了发声、语言交流功能，所以被称为说话瓣膜。

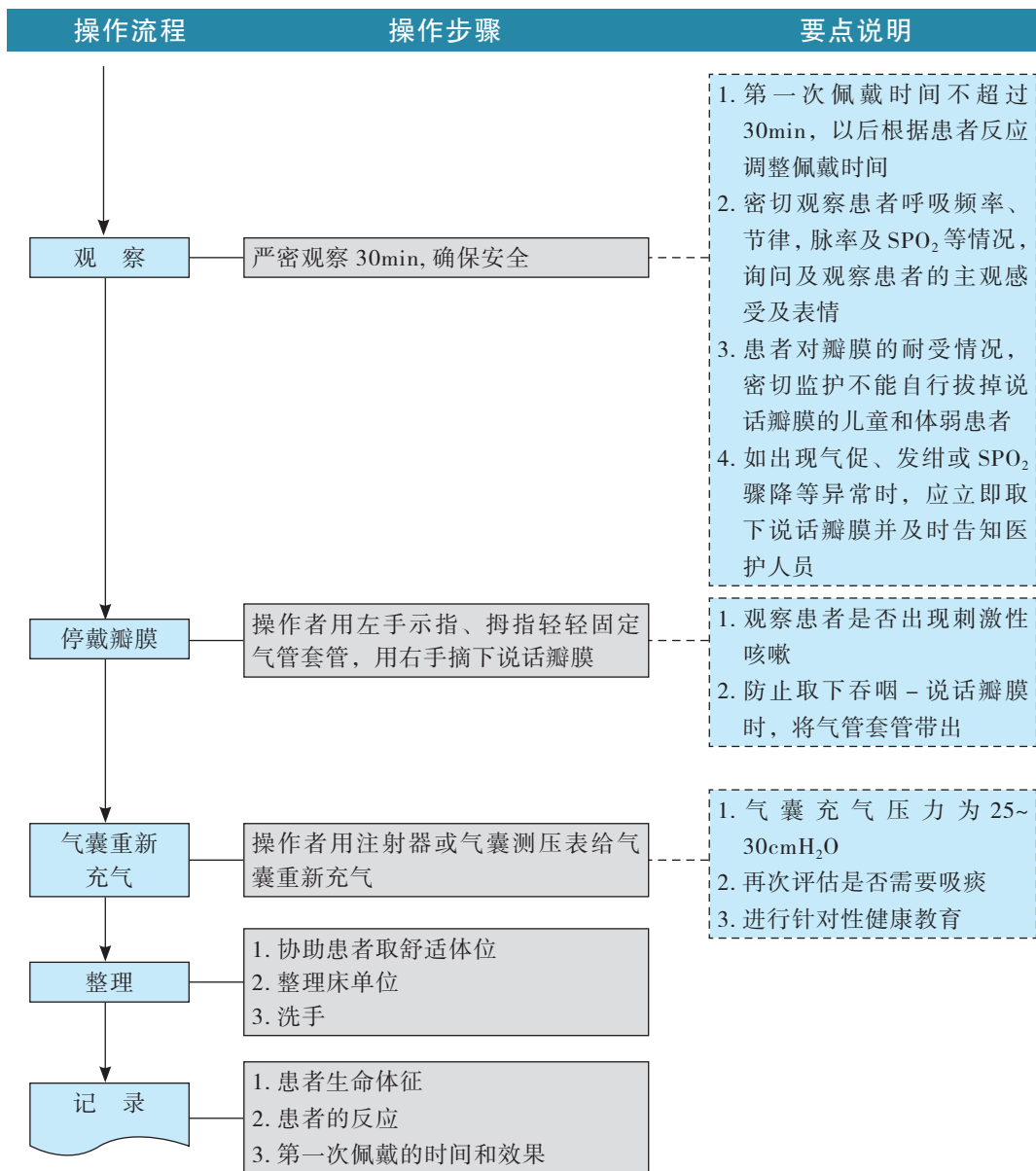
四、适宜人群

患者处于气管切开状态且意志清醒，有恢复语言交流的愿望或需要吞咽治疗。具有一定的肺部功能，不能耐受封管及拔除气管套管的患者。

五、操作



操作流程	操作步骤	要点说明
准备	1. 操作者：着装整洁，洗手、戴口罩 2. 环境：清洁、舒适、安静 3. 用物：一次性无菌吸痰包 2 套、血氧饱和度监测仪 1 个、说话瓣膜 1 个、无菌手套 1 对、10mL 无菌注射器 1 个、气囊测压表 1 个 4. 患者：意识清醒	1. 佩戴时确保患者处于持续清醒状态，患者睡觉时请勿擅自使用 2. 一般在患者空腹、两餐之间或餐后 2h 进行，切勿于患者鼻（管）饲后或饱餐时进行，以防反流误吸 3. 对于肺功能不佳者，按需准备吸氧装置 4. 检查瓣膜完好备用
摆体位	取坐位或半坐卧位	1. 床头至少抬高 45° 以上 2. 对于无气囊的金属套管，准备工作充分的情况下，尽可能让患者保持直立坐位
吸痰	1. 依次进行气管切开处和口腔后部吸痰 2. 吸痰前后观察呼吸、脉率及 SPO <sub>2</sub> 等情况	1. 充分吸净痰液和分泌物，以防气囊放气后分泌物流入肺部 2. 吸痰顺序：先吸净气管套管内痰液再吸口中痰液及口水
气囊放气	用注射器缓慢抽净气囊内气体	1. 观察患者有无咳嗽、呕吐、痛苦表情等不良反应 2. 观察 SPO <sub>2</sub> 变化
再次吸痰	1. 更换吸痰管，边放气边经气管套管处吸痰 2. 予口腔后部和气管处吸痰	3. 每次使用前须完全清除痰液及分泌物，以保持呼吸道通畅
试堵管	操作者用戴手套的手指封闭气管套管入口	1. 判断是否有足够多的气体或分泌物可以通过气管套管周边排出，明确气管套管封住后上呼吸道通畅情况 2. 观察患者反应、SPO <sub>2</sub> 、呼吸、面色等变化 3. 一般试堵管时间为 5min 4. 如指尖感受不到气流，则进入正式佩戴说话瓣膜阶段
佩戴瓣膜	操作者用左手食指、拇指轻轻固定气管套管，用右手将瓣膜放在套管入口处，顺时针轻轻拧紧	1. 监测脉搏、SPO <sub>2</sub> ，每 5min 记录一次 2. 请患者发音，以评估声门上气流大小 3. 瓣膜无锁扣，在咳嗽情况下可能会脱落，故要轻拧一下确保固定，但不宜过紧，以免发生紧急情况时取下困难



## 六、常见并发症及处理措施

### (一) 呼吸困难 (窒息)

严格掌握佩戴适应证与禁忌证, 在佩戴过程中严密观察患者呼吸、血氧饱和度、脉率等变化, 一旦出现呼吸困难、窒息时, 需要立即拆除说话瓣膜, 并予吸氧、吸痰等急救处理。

### (二) 不能发声、说话, 或声音过低

瓣膜安装后不能立即发出声音并说话, 或说话声音过低, 可能的原因包括:

①反常的声带运动；②肌张力障碍的表现；③声带萎缩；④声带麻痹。鉴于此类情况应通过纤维喉镜对声带及运动能力进行评估，发现是否由上述可能的原因所致，给予相应的治疗处理。

### （三）气囊已放气，但仍占据气管太多空间

为了保证安装吞咽说话瓣膜后，呼吸、吞咽、语言交流能力有更多的改善，可更换适宜的气管套管，以便气管壁与套管周围间隙更大，更利于气体通过。

## 第三节 胃造瘘术围术期护理

### 一、目的

1. 为减少食物反流导致的反复肺部感染发生。
2. 吞咽障碍短期内不能好转，提供肠内营养，促进患者恢复。

### 二、权责

1. 护士：严格遵循双人查对制度、无菌技术操作原则；向患者做好胃造瘘术相关知识的宣教和配合事项。
2. 患者：配合操作过程，了解胃造瘘术的目的及术前、术后注意事项。

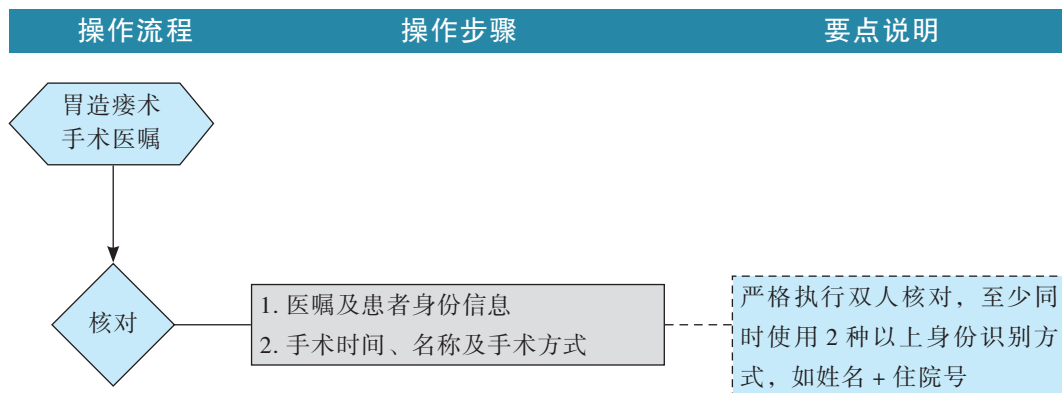
### 三、定义

胃造瘘术（percutaneous endoscopic gastrostomy, PEG）是在胃前壁与前腹壁之间建立一个通往体外的通道，为不同的原因导致吞咽困难无法经口正常摄入食物的患者提供肠内营养的通道。

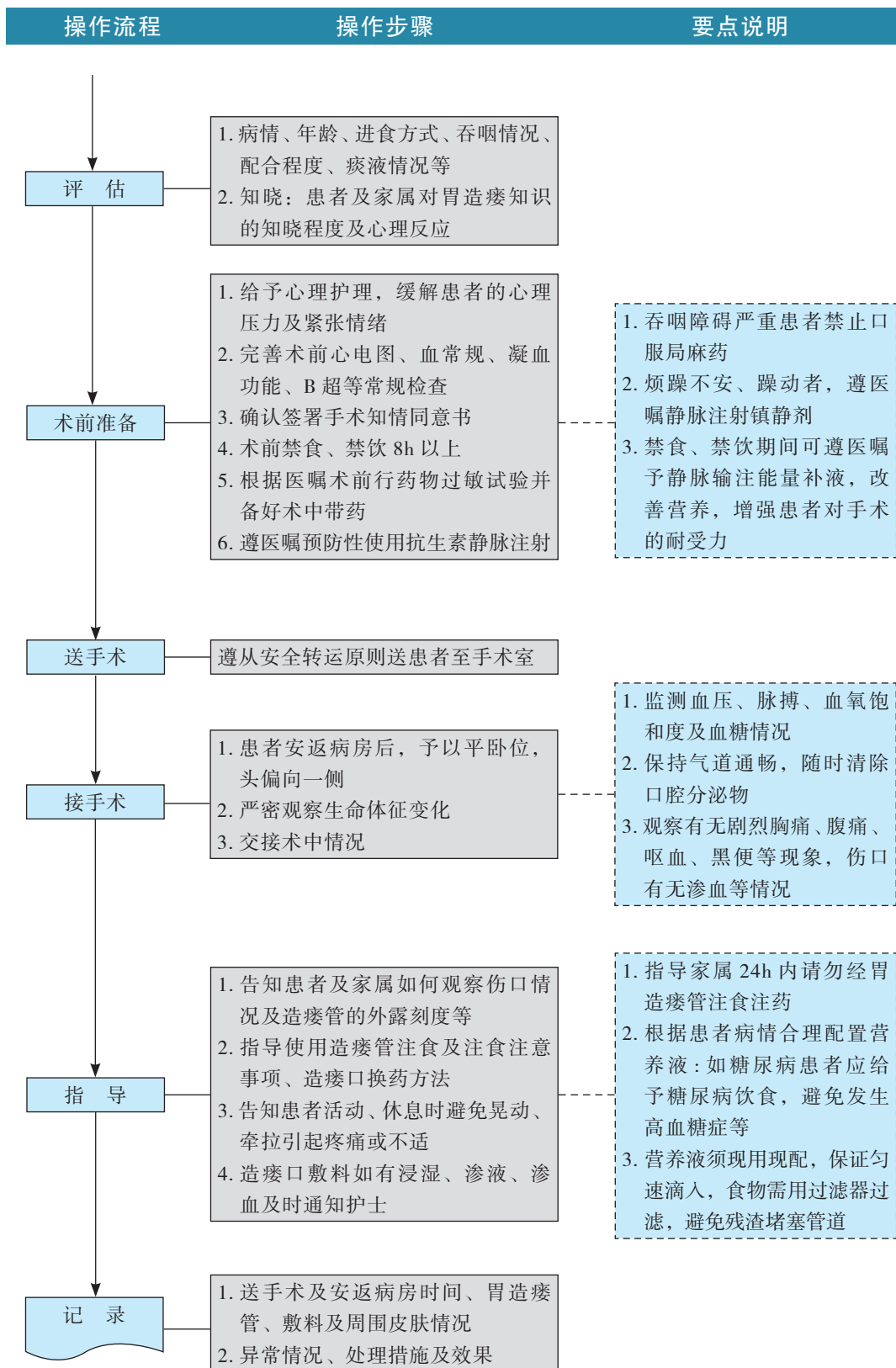
### 四、适宜人群

不同原因导致的吞咽困难无法经口正常摄入食物的患者。

### 五、操作







## 六、常见并发症及处理措施

### （一）伤口感染

伤口感染是最常见的并发症之一，造瘘口感染的发生率为 30%，内科治疗大部分可以好转，多由于操作区污染或者操作不当造成，严重感染者还会出现局部蜂窝织炎。

1. 预防性用药或术前使用抗生素，可明显减少减轻伤口感染。最新的一项关于通过造瘘口注入复方新诺明溶液和术前静脉应用头孢呋辛的对照试验显示，两种方法都可以有效地预防局部感染。

2. 严格执行无菌伤口消毒处理，加强伤口护理，勤换药，保持切口干燥清洁，细致认真观察伤口情况，及早处理。

3. 发现感染后应立即通过造瘘管或者外周静脉行广谱抗生素治疗。

### （二）吸入性肺炎

吸入性肺炎是术后患者死亡最主要的原因。但是吸入性肺炎与诸多因素有关，口腔清洁不良、咽喉分泌物堆积、反流及咽喉部保护气道功能下降，患者的意识状态及对术中镇静药物的反应等都会造成误吸。

1. 选择合适体位，半坐卧位符合食物在消化道的正常运动方向即使对胃排空不良的患者也可减少食物的反流。

2. 合理安排吸痰时间，在给患者管饲前应进行较彻底吸痰，管饲后 1~2h 内尽量不吸痰。

3. 对胃动力差的患者，服用促胃肠动力药，加快胃排空，或将造瘘管头端放入空肠，可有效防止和减少胃内容物反流。

4. 患者一旦发生误吸，应尽快吸出口腔咽喉气管内的食物，情况较严重时可用纤维支气管镜冲洗，同时配合抗生素治疗。

### （三）造瘘管滑脱

早期造瘘管滑脱是严重并发症之一，常需改做开腹胃造瘘管术及对症处理。

1. 术后注意造瘘管的固定，避免造瘘管滑脱，并记录胃造瘘管距皮肤的长度，便于日后护理及时发现造瘘管移位、滑脱的可能。

2. 如出现造瘘管脱落，立即用无菌纱布包敷造瘘口，并立即通知医生，尽快重新置管。

3. 1 周后造瘘管脱落，局部可能成为一瘘管，可用气囊造瘘管从原瘘口置入，注气后拉紧造瘘管，防止脱出及胃液外流，一般不需要再次行穿刺胃造瘘术。

（四）代谢并发症的预防及护理

水、电解质失衡，糖过高或过低的并发症。

- 1. 需准确记录 24h 出入量，密切监测电解质及血糖变化，测血糖每天 4~6 次，如有异常及时纠正处理。
- 2. 对术前就有糖尿病的患者，术后应选择专门适宜糖尿病患者的肠内营养剂，可有效防止血糖升高。

第四节 肉毒毒素注射技术

一、目的

通过肉毒毒素注射降低吞咽障碍患者面部及吞咽肌群的肌张力、缓解痉挛，减少口水分泌及改善吞咽肌群功能，方便对患者的照顾和护理。

二、权责

- 1. 护士：了解肉毒毒素注射的目的，做好注射前后的准备，向患者做好注射前后配合事项及药物相关知识的健康教育。
- 2. 患者：配合操作过程，了解药物作用和注射前后的注意事项。

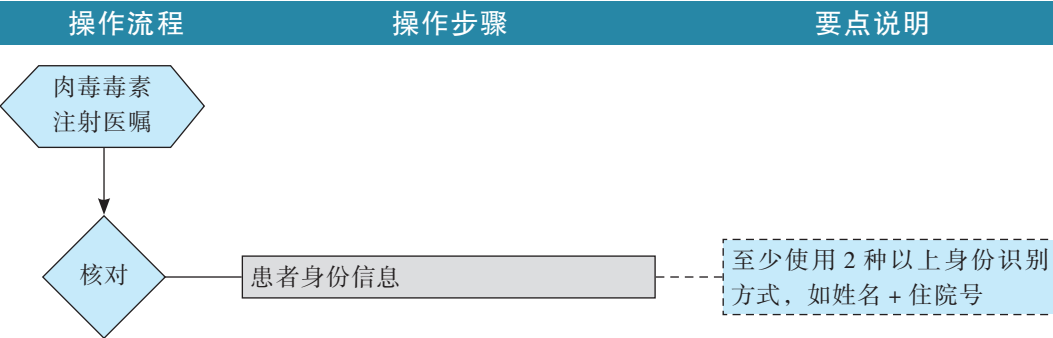
三、定义

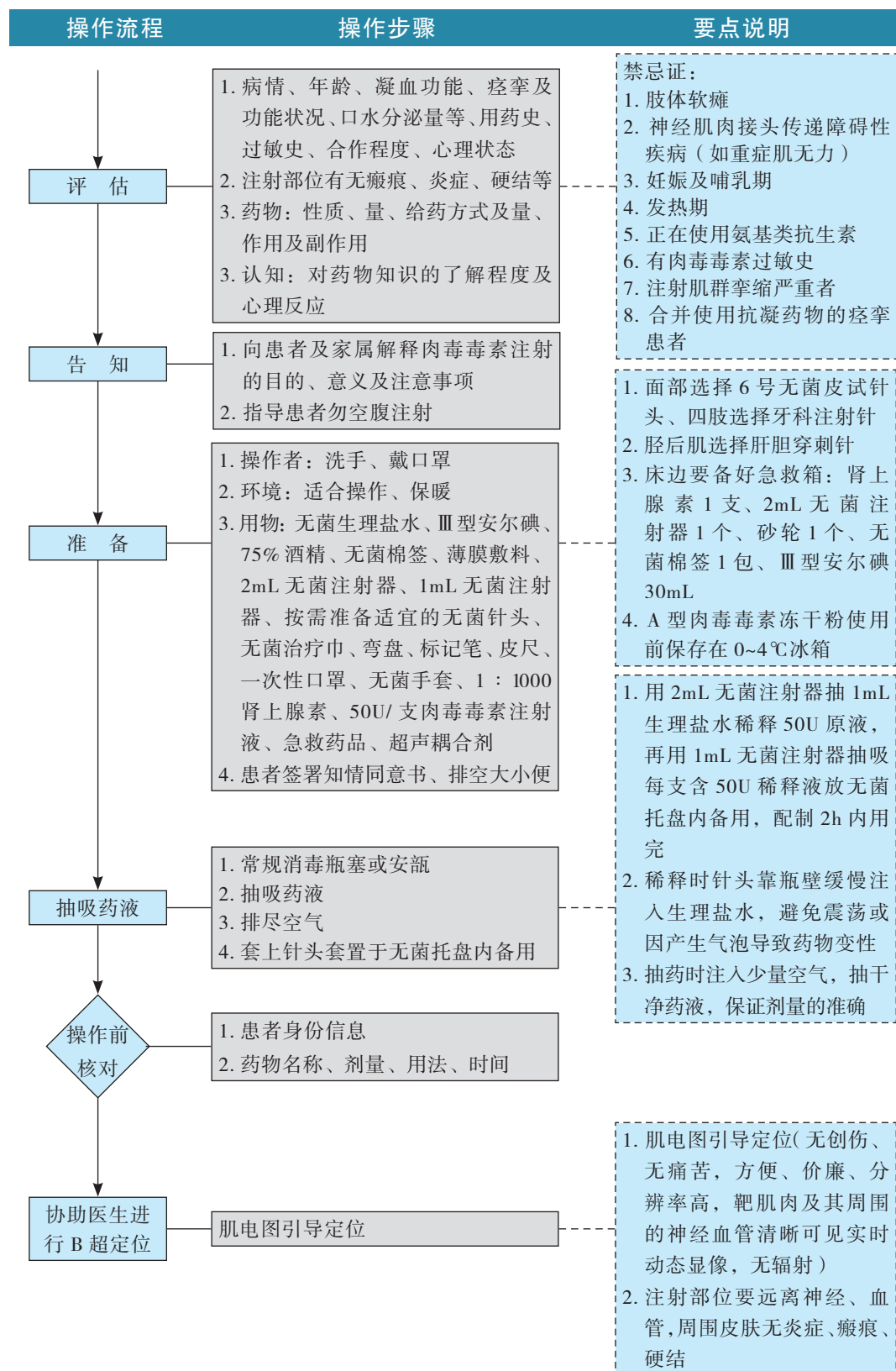
肉毒毒素（botulinum toxin, BTX）是革兰阳性厌氧芽胞肉毒梭菌在繁殖过程中产生的一种外毒素。

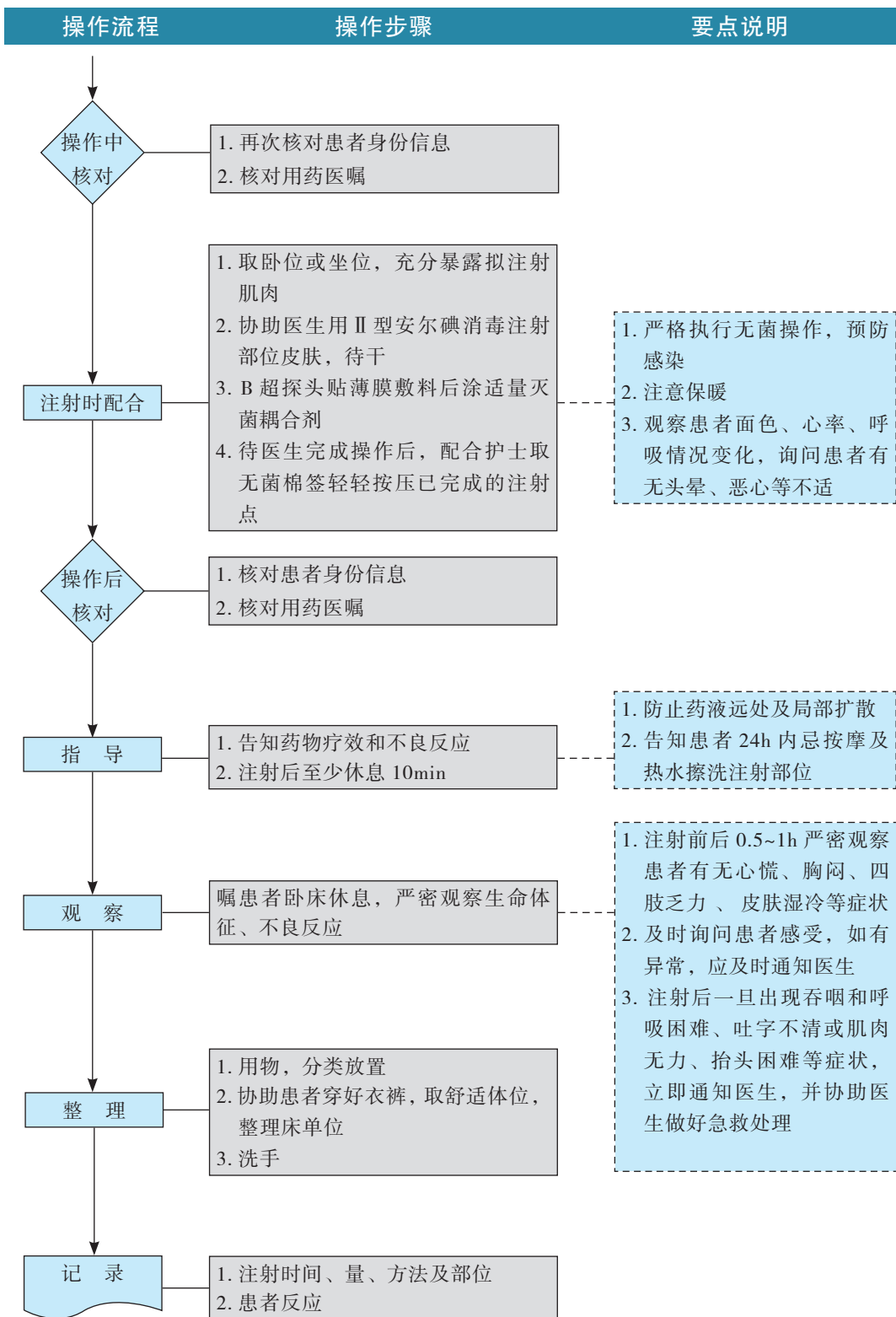
四、适宜人群

有腭肌痉挛、流涎症、食管上括约肌失迟缓、弥漫性食管痉挛、贲门失迟缓等，缓解或消除存在局部肌肉过度收缩或自主神经功能亢进的相关症状的患者。

五、操作







## 六、常见并发症和处理措施

1. 出血：是最常见的并发症，一般程度轻，持续时间短。注射时避开浅表血管可减少出血。

2. 注射部位酸胀不适、麻木、疼痛：休息后可自行缓解。

3. 注射周围肌群无力：严格注射剂量及准确定位靶肌可减少肌无力发生。

4. 过敏反应：包括皮疹、软组织水肿，严重者出现呼吸困难等症状。注射后严密观察半小时待患者无特殊后方可离开治疗室，操作前详细询问过敏史及用药史，操作时备好抗过敏药物。

5. 针刺疼痛导致的短暂性低血压和晕厥：勿空腹注射，且注射时与患者交谈以缓解紧张。出现低血压或晕厥时应暂停注射，嘱患者平卧休息并予以对症治疗。

### 6. 断针

(1) 注射前仔细检查注射器质量，针头与针栓连接处是否牢固。

(2) 嘱患者取舒适体位，肌肉放松。

(3) 进针时避开瘢痕硬结处。

(4) 一旦出现折针，不要慌张，嘱患者不要移动，用止血钳钳住外露于皮肤外的针头，迅速拔出。如针头完全进入肌肉马上请外科医生切开取出断针。

## 第五节 经皮扩张气管切开术围术期护理准备与配合

### 一、目的

1. 解除上呼吸道梗阻，保证气道通畅。
2. 便于清除下呼吸道分泌物，改善肺部感染症状。
3. 极危重患者进行辅助呼吸的有效方法。

### 二、权责

1. 护士：向患者及家属解释操作目的及意义，备齐用物，有序放置，配合医生行气管切开术，适时吸痰。

2. 患者：配合医生护士手术过程，知晓经皮扩张气管切开术注意事项。

### 三、定义

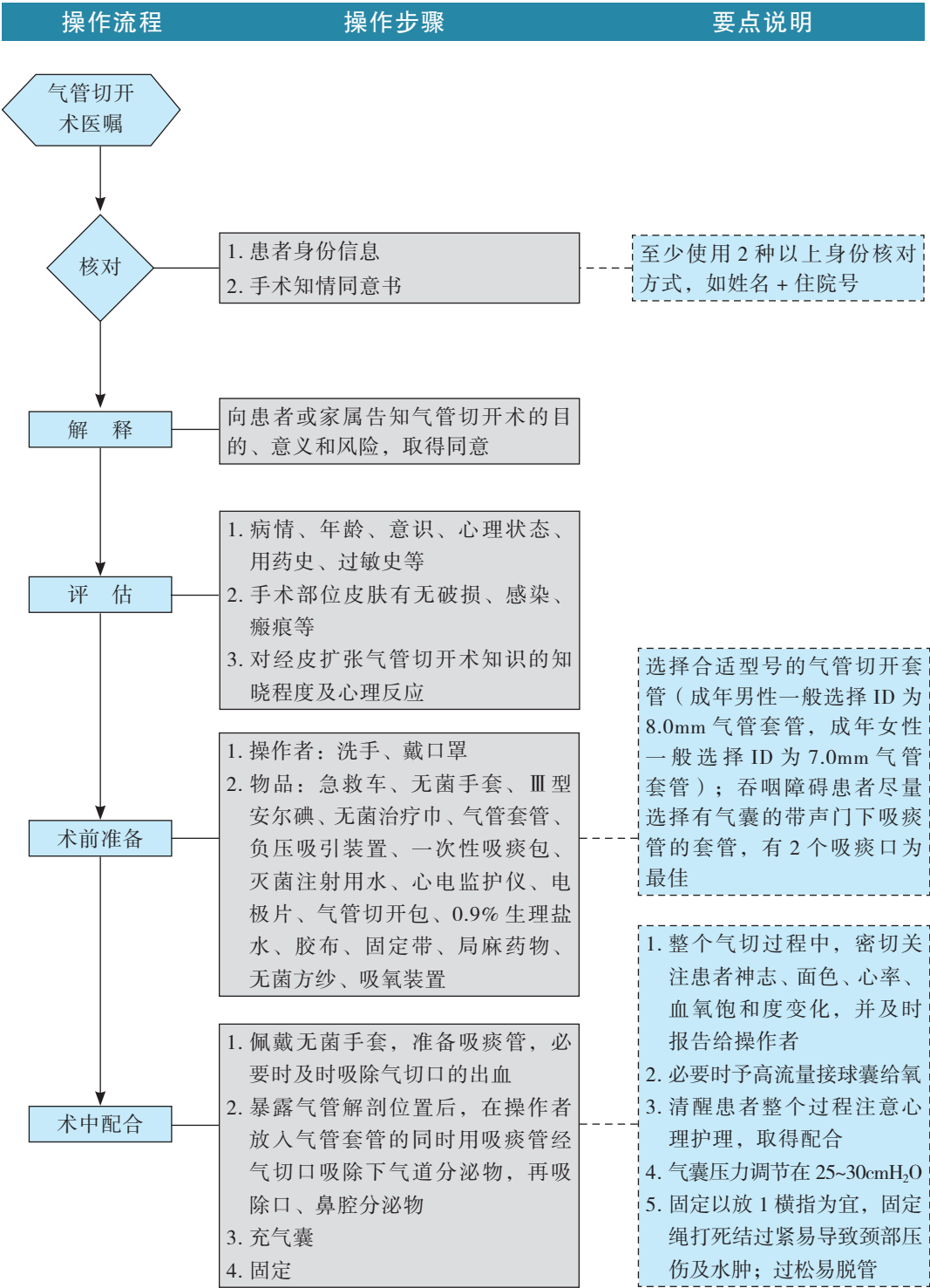
经皮扩张气管切开术（percutaneous dilatational tracheotomy, PDT）是将颈部气管前壁切开，通过切口将适当大小的套管插入气管，患者可直接通过气管套管呼吸，以建立人工气道的手术。

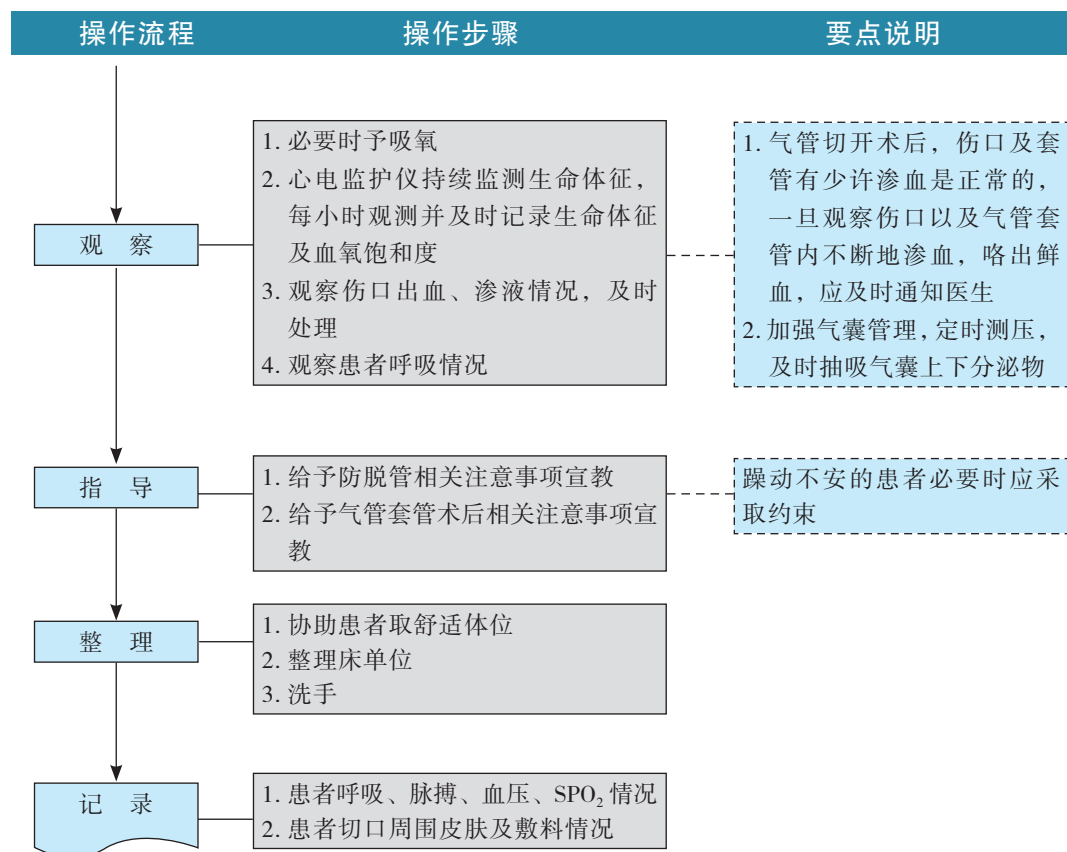
### 四、适宜人群

各种原因引起的喉源性呼吸困难、呼吸功能不全的患者，以及需要预防呼吸道

梗阻的患者。

五、操作





## 六、常见并发症及处理措施

### （一）出血

1. 原因：切口处血供丰富，小血管破裂。

2. 护理

（1）加强观察，少量出血，及时更换敷料，可用无菌凡士林方纱加压止血。

（2）出血量较多时，及时报告医生，关注患者凝血功能，协助医生进一步处理。

### （二）外套管脱出

1. 原因：固定带过松或固定带未打好结。

2. 护理

（1）操作过程动作轻柔，尽量减少对患者的刺激。

（2）固定带松紧合适，打死结。



## 第六节 导尿管球囊扩张术准备与配合

### 一、目的

改善环咽肌张力、收缩性及弹性，缓解环咽肌失迟缓。

### 二、权责

1. 护士：配合医生或治疗师行导尿管球囊扩张术，做好尿管球囊扩张术相关健康教育。

2. 患者：配合操作过程，了解导尿管球囊扩张术的注意事项。

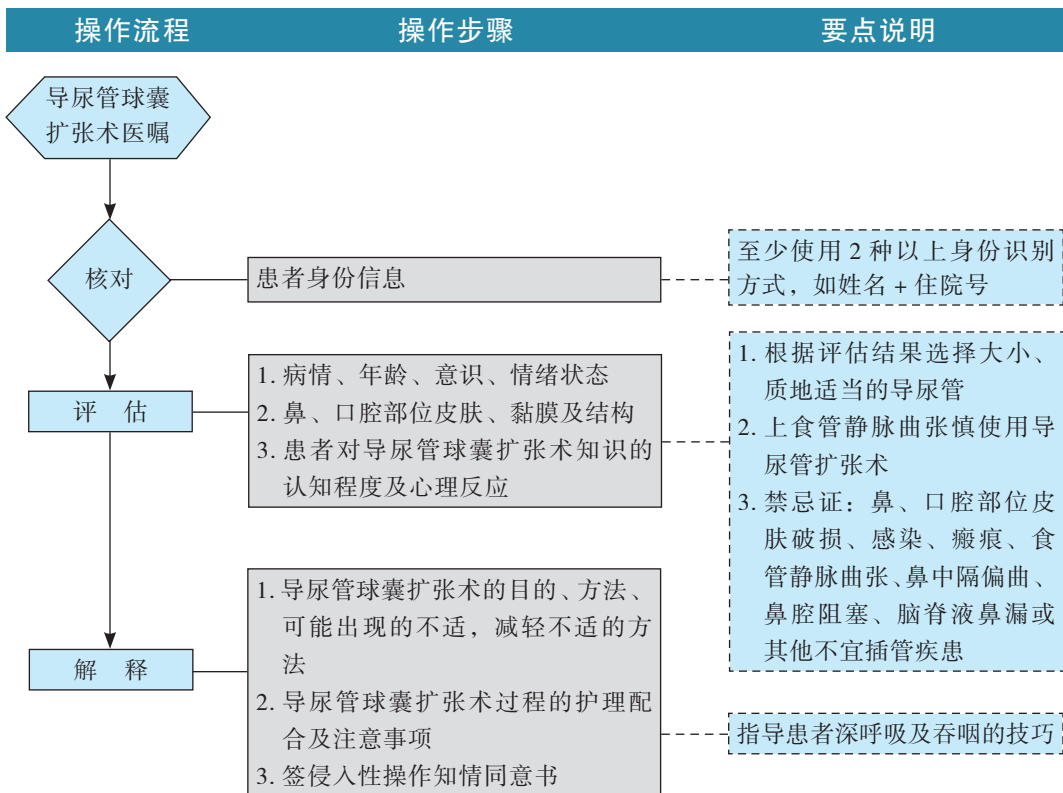
### 三、定义

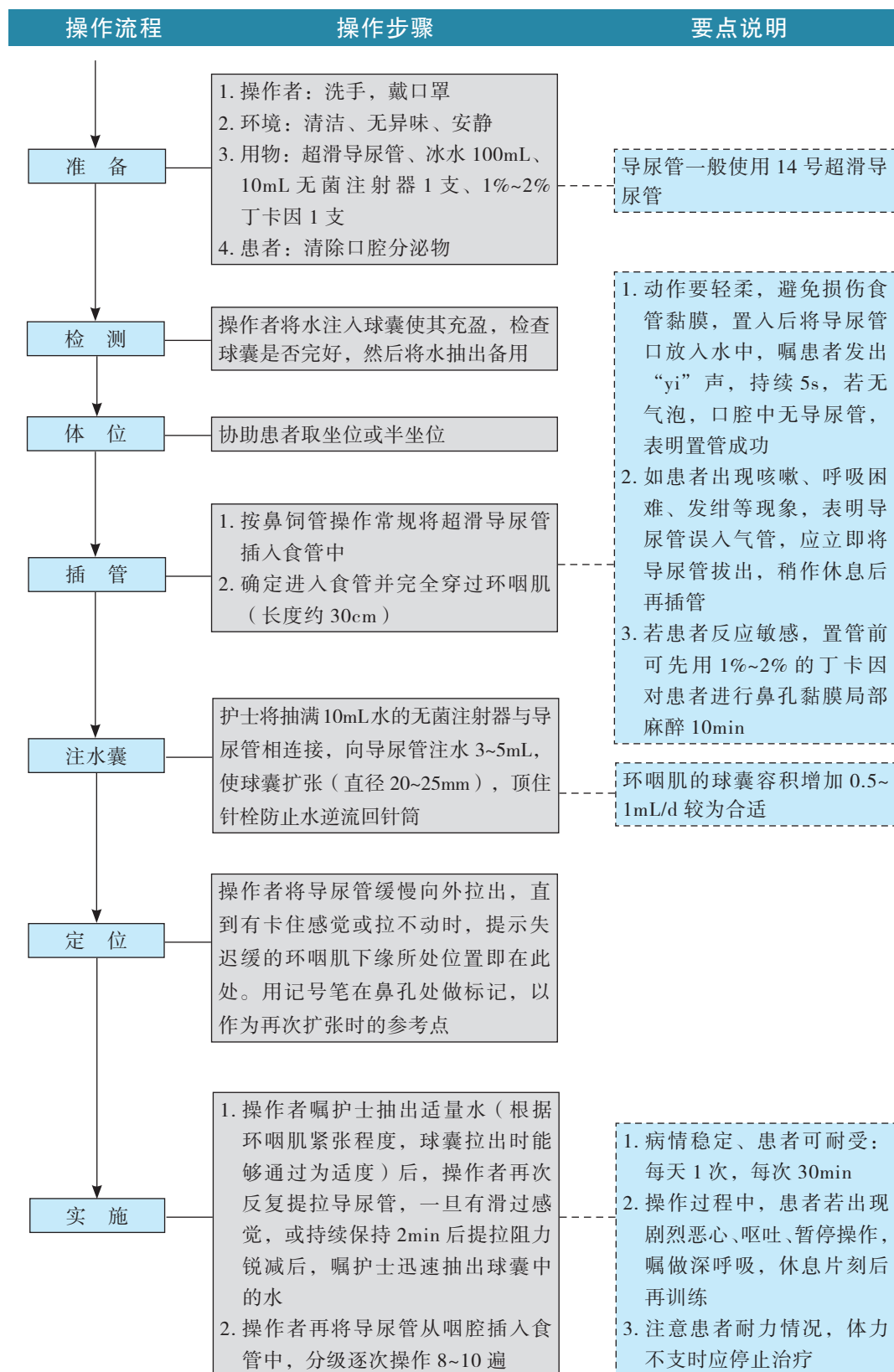
球囊扩张术（modified ballon dilatation）是指经鼻或口腔将导尿管插入食管，且通过环咽肌下缘，进行分级多次球囊导尿管扩张治疗，通过机械扩张的方法改善环咽肌张力、收缩性及弹性，以解决环咽肌失迟缓导致的吞咽障碍。

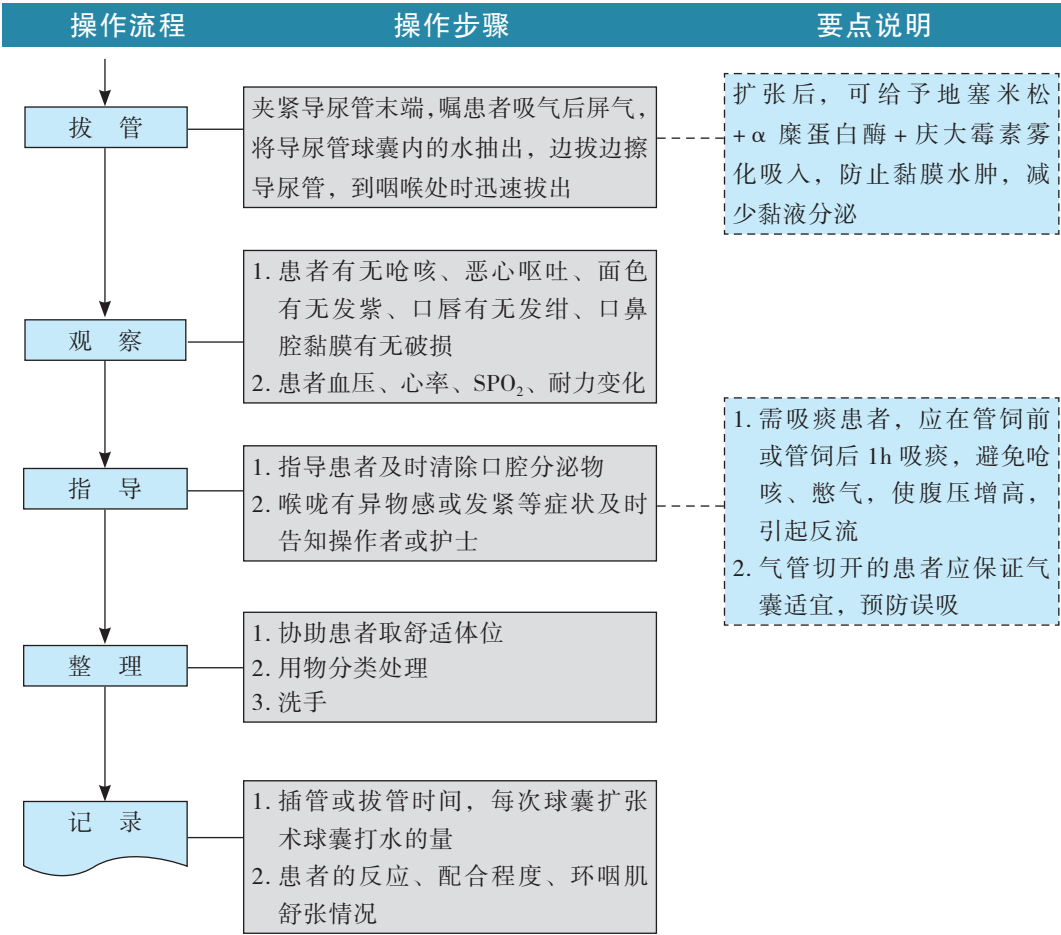
### 四、适宜人群

脑卒中、放射性疾病及有吞咽障碍的患者。

### 五、操作







六、常见并发症及处理措施

（一）黏膜破损

- 1. 插管前应选择评估好置管的鼻腔口腔的黏膜，选择安全的置管途径。
- 2. 动作要轻柔，避免损伤食管黏膜。

（二）误吸引起吸入性肺炎

口腔清洁不良，咽喉部分泌物堆积，反流及咽喉部保护气道功能下降，患者的意识状态等都会造成误吸。

- 1. 选择合适体位，半坐卧位符合食物在消化道的正常运动方向，即使对胃排空不良的患者也可减少食物的反流。
- 2. 合理安排吸痰及球囊扩张时间，在给患者导尿管球囊扩张术应进行较彻底吸痰，饭后 1~2h 内尽量不吸痰，不做球囊扩张。

（三）呼吸困难、发绀

由导尿管误入气管所致，应立即将导尿管拔出，稍作休息后再插管。

## 第五章 国内外护理新进展

随着吞咽障碍的临床发展及相关研究的不断深入，医护人员对吞咽障碍有了更多的了解，在临床治疗和护理方法上也有了较大的发展。在此对吞咽障碍的康复护理新进展及研究热点做简要综述，以期能为临床护理实践提供参考。

### 一、吞咽障碍患者食品标准化

饮水呛咳、进食哽咽是吞咽障碍患者吞咽困难的主要表现，严重者甚至发生误吸危及生命，同时吞咽障碍患者也面临着营养不良的威胁。因此，为吞咽障碍患者提供营养安全的食品是保障吞咽障碍患者营养供给及饮食安全的重要环节。浙江工商大学陈建设教授提出膳食调整常采用的两个基本策略：降低固体食物咀嚼难度及减缓流体食物流动速度，即通过改变食物的质地及黏稠度，达到适合吞咽障碍患者饮食要求的目的。

吞咽障碍患者最易发生误吸的食物为液体状食物，通过改变液体食物的黏度，使其变成糊状或泥状，不易松散，可降低吞咽难度，减少误吸的发生，增加营养摄入量。根据造影检查结果，对单纯饮水呛咳的患者，可在食物中加凝固粉，改善个体的吞咽效率，减少误吸及呛咳的发生。Leonard 通过对食物黏度对吞咽障碍患者吸气的研究，结果发现稠状食物与液体食物相比，可显著降低临床吞咽障碍患者吸入性肺炎的发生率。此外也有研究表明，糊状或泥状食物发生误吸的风险明显低于颗粒或固体类食物。

针对食物质地的调整，食品行业也做出了相应的适应变革，在食物营养价值的基础上，兼顾患者嗅觉、视觉、味觉的感受，推出适合于吞咽障碍患者的即食食品或食品添加剂。雀巢公司推出了饮食增稠剂，通过改变其在水或食物中的添加量改变食物黏稠度；肯特精密食品集团推出了可即食的泥状食品；美国荷尔美公司开发了直接饮用的荷尔美花蜜型苹果汁，其原料主要是高果糖玉米糖浆和食用淀粉等。虽然国内目前尚无针对老年饮食安全的系统研究，但这些变革为国内老年食品工业

的发展和变革提供了诸多有益参考。

针对市场上各式的膳食产品,如何评价其有效性及实用性,选择安全实用的产品,给广大吞咽障碍患者及家属提出了考验。Alicia 等研制了调整类膳食的客观评价工具( Objective Evaluation Tool for Texture-Modified Food, OET-TMF )(表 5-1),该工具从营养品质(热量及蛋白含量)、过敏原含量、质地及黏度、烹饪方式、储存方法、有效期及患者接受度等 8 个方面对食物做出评价。量表得分范围为 0~64 分,根据得分由高到低分为四个等级。该量表的研制,为吞咽障碍患者食物的选择提供了一个相对客观的评价标准。

表 5-1 OET-TMF 评价量表

1. 热量摄入		5. 加工细化	
每 100g 的产品可供消费热量 < 50kcal	0	热处理并切丁	0
每 100g 的产品可供消费热量 $\geq 50$ 且 < 100 kcal	5	重组(冻干或脱水处理)、热处理	3
每 100g 的产品可供消费热量 $\geq 100$ kcal	10	在使用过程中只有热处理无其他附加处理	6
2. 蛋白质摄入		6. 储存方法	
每 100g 的产品可供蛋白质 < 5g	0	冰箱储存	0
每 100g 的产品可供蛋白质 $\geq 5$ g 且 < 6.5g	5	阴凉、干燥室温储存	6
每 100g 的产品可供蛋白质 $\geq 6.5$ g	10	7. 有效寿命(使用期限)	
3. 存在过敏原: 根据“2000/13/EC 指南”修订附件“2006/142/EC 指南”,成分清单必须在任何情况下出现在食品的标签中		少于 5d	0
没有关于过敏原有或无的报道	0	不超过 90d	3
两个以上过敏原	4	大于 90d	6
说明两个或更少的过敏原的存在或缺乏	8	8. 患者接受程度	
4. 平行排列结构		所给产品摄入量 > 75% 患者占评估人数的 50%	0
异构的纹理或在使用时黏度 < 1750cp	0	所给产品摄入量 > 75% 患者占评估人数的 $\geq 50\%$ 但 < 70%	5
均匀的纹理和在使用时黏度 > 1750cp	8	所给产品摄入量 > 75% 患者占评估人数的 70% 以上	10
高品质 > 80% 51~64 分	良好品质 80%~60% 38~50 分	中等品质 40%~60% 26~37 分	低品质 < 40% 0~25 分

## 二、进食方式

根据吞咽障碍患者的病情，选择合适的进食体位，有助于吞咽障碍状况的改善。进食体位多采取坐位或半卧位。吞咽姿势的调整，即通过侧头、转头、低头、仰头、交互吞咽等动作，缓解吞咽困难症状，减少或消除吞咽时误吸的发生。据此，日本推出了辅助进食的多功能体位椅，通过体位椅的调整，帮助患者达到不同的进食体位，适用于进食或造影检查的体位摆放。此外，也有厂家推出了多功能头部固定枕，用于协助患者取合适的进食或护理操作体位。

进食工具的选择在考虑安全实用的基础上，可选用缺口杯、勺子、吸管等，提高进食安全性。安静、整洁、舒适、明亮、同伴就餐等，可促进患者的食欲，改善进食体验，应注意避免对患者的干扰，如看电视、谈笑等，以免分散注意力，引起误吸的发生。在吞咽障碍患者进食工具的改进上，出现了各种类型的筷子、勺子，在大小、手持柄、勺子与柄角度等多方面针对吞咽障碍患者进食特点作出了调整。此外，日本推出的限量特殊水杯，对每口饮水量及总量均可严格控制。

各种吞咽障碍患者进食辅助工具的出现，为吞咽障碍患者进食安全性及舒适性提供了保障，患者可根据自身需求，选择适宜的辅助工具，达到舒适、安全、有效的进食。

## 三、进食途径

吞咽障碍患者进食方式主要包括经口进食和管饲喂食。管饲喂养包括鼻饲管和经皮内镜下胃造瘘两种途径。两种喂养途径的相关研究认为，急性期 2~3 周内肠内营养支持患者中鼻饲管组的转归优于胃造瘘者，而预计肠内营养 4 周以上或不能耐受鼻饲营养支持者，应根据吞咽障碍严重程度考虑胃造瘘。两种途径并发症比较，胃造瘘在降低肺部感染、胃食管反流及消化道出血等方面较鼻饲管有优势。胃造瘘侵入性较小、安全、美观、耗时短、并发症少，患者对早期喂食及管道置入方式均容易耐受，其能较好地避免吞咽障碍患者的营养不良及吸入性肺炎等并发症的发生。相关研究认为，与鼻饲管相比，胃造瘘有助于提高治疗的有效性，降低胃肠道出血的发生率，提高喂养有效性。但有研究及文献回顾分析认为目前缺乏足够的证据证实胃造瘘在吞咽障碍及吞咽障碍相关并发症中的作用，尚需更多的随机、干预试验探讨胃造瘘在长期吞咽障碍患者营养支持中的有效性。

此外，也有学者针对吞咽障碍患者对现有管道进行改进，通过 T 形接头连接将鼻胃管拆分为外露段和内置段，内置段隐藏在鼻腔中。通过对安全性（鼻腔压疮、非计划性拔管、管道移位等）和有效性（营养液溢出、管道阻塞等）的比较，认为



两件套的鼻胃管可适用于吞咽障碍患者的营养供给。

介于管道喂食对疾病晚期患者存活率的影响尚不明确,且患者面临压疮、拔管、吸入性肺炎等并发症风险,近年台湾提出“舒适喂食”的理念,采用少量多餐的方式,准备可手持的小型食物,患者有进食需求时随时进食,无进食需求或暂时有呛咳风险时暂停喂食,必要时营养师根据患者情况调整食物热量及质地,语言治疗师对患者进行吞咽动作训练,尽量让患者在舒适中进食。

#### 四、气道管理

人工气道是将导管经口(鼻)插入气管或经气管切开建立的气体通道。气管插管或气管切开损伤咽喉部的正常解剖及生理,影响患者的正常吞咽过程,引起吞咽障碍。有研究数据称,气管插管时间每增加12h,吞咽障碍发生率将增加一倍。人工气道是维持重症患者生命不可或缺的措施,其管理包括维持气管正确位置、监测气囊压力、及时清除分泌物等方面。

传统气管插管固定方法多采用胶布、棉球等固定,随着市场发展推出了相应的固定装置(图5-1),使用Velcro尼龙搭扣、牙垫、防水材料等用于固定气管插管位置及保护皮肤。传统方法及新装置也各有利弊,传统固定方法便捷经济,适用于大多数的患者,但其易污染,需经常更换,不便于调整气管插管位置,且对于面部毛发较多或分泌油脂汗液多的患者粘贴不牢。新装置固定方法可及时调整管道位置,便于清洗,使用期限长,但相应的花费较高,舒适度较传统方法低,且因其长期压迫面部皮肤,可能引起皮肤的损伤。临床工作中应根据患者具体情况,权衡选择。

气囊压力监测对维持有效通气、减轻呼吸道损伤及肌肉损伤、维持正常发音及吞咽功能起着重要作用。立足临床需求,各式压力监测仪应运而生,近年来随着临床器材的快速发展,也出现了相应的压力控制装置(图5-2)。日本新推出适合亚洲人群的气管套管,套管采用聚酯材料,相容性好、气道损伤小,气囊上下均可吸痰,细致化气道护理,同时套管可连接简易测压装置,动态观察气囊压力变化,维持最小有效压力,减轻对气道黏膜的损伤。

及时有效吸除气道分泌物是气道管理标准化护理内容之一。美国呼吸治疗学会临床实践指南建议:①仅在临床指征时吸痰;②避免断开呼气末正压通气;③气管插管尖端浅吸;④避免使用生理盐水;⑤吸痰管直径小于气管插管内径的50%;⑥持续时间小于15s;⑦吸痰压力小于180mmHg;⑧ARDS患者使用密闭式吸痰,通过上述措施降低或避免吸痰相关并发症的发生。目前尚无气道湿化有效性的检测装置,但可通过痰液量及黏稠度、气管插管内径及堵管情况、吸痰频率及湿化水需

求量等调节湿化强度。



图 5-1 经口气管插管固定装置



图 5-2 自动气囊压力控制器

## 五、专科护理发展

随着吞咽障碍管理及临床护理的快速发展，国外吞咽障碍护理逐步发展出现吞咽障碍专科护士，作为临床护士与吞咽管理团队之间的桥梁，其在吞咽障碍管理中扮演着临床护理专家、咨询者、教育者及研究者的角色，也承担了临床护士吞咽障碍筛查、干预的培训及指导工作，在促进吞咽障碍识别、预防吞咽障碍严重并发症方面起到了重要作用。立足临床特点及患者住院时间逐渐缩短的现状，吞咽障碍专科护士的角色发展将更大范围的涉及吞咽障碍的延续性护理。国内吞咽障碍专科护理相对较滞后，但在护理队伍的积极探索和实践下，中山大学附属第三医院开设了国内第一家吞咽障碍专科护理门诊，主要为吞咽障碍及潜在吞咽障碍患者提供筛查、咨询、饮食及功能锻炼指导等护理服务。

吞咽障碍的护理及康复是一个长期的过程，护士在其中扮演着至关重要的角色，专科护理的发展水平，也直接影响着患者的生活质量及家属的照护能力，相信在广大护理同仁的不懈努力下，吞咽障碍护理将会朝着专科、专业的方向蓬勃发展。



- [ 1 ] 中国吞咽障碍康复评估与治疗专家共识组 . 中国吞咽障碍康复评估与治疗专家共识 (2013 年版 ) [ J ] . 中华物理医学与康复杂志 ,2013,35(12): 916-929.
- [ 2 ] 窦祖林 . 吞咽障碍评估与治疗 [ M ] . 北京 : 人民卫生出版社 , 2009.
- [ 3 ] Cabre M, Serra Prat M, Palomera EEA. Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia [ J ] . Age Ageing,2010,39(1): 39-45.
- [ 4 ] Di Pede C, Mantovani ME, Del Felice A, et al. Dysphagia in the elderly: focus on rehabilitation strategies [ J ] . Aging Clinical and Experimental Research,2016,28(4): 607-617.
- [ 5 ] Amaral T, Matos L, Teixeira M, et al. Undernutrition and associated factors among hospitalized patients [ J ] . Clin Nutr,2010, 29(5): 580-585.
- [ 6 ] Shatenstein B, Kergoat M, Reid IEA. Dietary intervention in older adults with early-stage Alzheimer dementia: early lessons learned [ J ] . J Nutr Health Aging, 2008, 12(7): 461-469.
- [ 7 ] Werner H. The benefits of the dysphagia clinical nurse specialist role [ J ] . The Journal of Neuroscience Nursing, 2005, 37(4): 212-215.
- [ 8 ] 万桂芳, 窦祖林, 丘卫红, 等 . 小组工作模式对吞咽障碍评价与治疗的作用 [ J ] . 中国康复医学杂志 , 2003, 18: 539-541.
- [ 9 ] 陈建设, 吕治宏 . 老年饮食障碍与老年食品 : 食品工业的挑战与机遇 [ J ] . 食品科学 , 2015, 36(21): 310-315.
- [ 10 ] Garcia J, Chambers ET. Managing dysphagia through diet modifications [ J ] . Am J Nurs, 2010, 110: 26-33.
- [ 11 ] Zanini M, Bagnasco A, Catania G, et al. A Dedicated Nutritional Care Program (Nutricare) to reduce malnutrition in institutionalized Dysphagic Older People: a quasi-experimental study [ J ] . J Clin Nurs, 2017.
- [ 12 ] Atherton M, Bellis-Smith N, Cichero J. Texture-modified foods and thickened fluids as used for individuals with dysphagia: Australian standardised labels and definitions [ J ] . Nutr Diet, 2007, 64: s53-s76.

- [ 13 ] Cook I,Kahrilas P. AGA technical review on management of oropharyngeal dysphagia[ J ]. Gastroenterology, 1999, 116: 455-478.
- [ 14 ] Leonard RJ,White C,Mckenzie S,et al. Effects of Bolus Rheology on Aspiration in Patients With Dysphagia [ J ] . Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 2014, 114(4): 590-594.
- [ 15 ] Rosler A,Pfeil S,Lessmann H,et al. Dysphagia in Dementia: Influence of Dementia Severity and Food Texture on the Prevalence of Aspiration and Latency to Swallow in Hospitalized Geriatric Patients [ J ] . J Am Med Dir Assoc, 2015, 16(8): 697-701.
- [ 16 ] Calleja-Fernandez A,Pintor-De-La-Maza B,Vidal-Casariiego A,et al. Objective Evaluation Tool for Texture-Modified Food (OET-TMF): Development of the Tool and Validation [ J ] . Dysphagia, 2016, 31(3): 360-366.
- [ 17 ] Wirth R,Dziewas R,Beck AM,et al. Oropharyngeal dysphagia in older persons—from pathophysiology to adequate intervention: a review and summary of an international expert meeting [ J ] . Clin Interv Aging, 2016, 11: 189-208.
- [ 18 ] Edahiro A,Hirano H,Yamada R. Factors affecting independence in eating among elderly with Alzheimer's disease [ J ] . Geriatr gerontol int, 2012, 12(3): 481-490.
- [ 19 ] Dennis M,Lewis S,Warlow CEA. Effect of timing and method of enteral tube feeding for dysphagic stroke patients (FOOD):a multicentre randomized controlled trial [ J ] . Lancet, 2005, 365: 764-772.
- [ 20 ] Scottish Intercollegiate Guedelines Network(SIGN).Management of patients with stroke:Identification and management of dysphagia [ EB/OL ] . <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/119/index.html>,02-01.
- [ 21 ] Gomes F,Hookway C,Weekes G. Royal College of Physicians Intercollegiate StrokeWorking Party evidencebased guidelines for nutritional support of patients who have had a strok [ J ] . J Hum Nutr Diet, 2014, 27(2): 107-121.
- [ 22 ] Intercollegiate Stroke Working Party. National Clinical Guideline for stroke. 4nd ed. Royal College of Physicians [ S ] . London,2012.
- [ 23 ] 秦延京,李巍然,吴东宇,等. 卒中后吞咽障碍患者胃造瘘与鼻饲肠内营养效果比较[ J ]. 中国卒中杂志, 2011, 684-688(6).
- [ 24 ] Gomes C J,Andriolo RB,Bennett C,et al. Percutaneous endoscopic gastrostomy versus nasogastric tube feeding for adults with swallowing disturbances [ J ] . Cochrane Database Syst Rev, 2015(5): D8096.
- [ 25 ] Cristian D,Poalelungi A,Anghel A,et al. Prophylactic Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG) – The Importance of Nutritonal Support in Patients with Head and Neck Cancers (HNCs) or Neurogenic Dysphagia (ND) [ J ] . Chirurgia (Bucur), 2015, 110(2): 129-136.

- [ 26 ] Geeganage C,Beavan J,Ellender S,et al. Interventions for dysphagia and nutritional support in acute and subacute stroke [ J ] . Cochrane Database Syst Rev, 2012, 10: D323.
- [ 27 ] Shaw SM,Flowers H,O'Sullivan B,et al. The effect of prophylactic percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tube placement on swallowing and swallow-related outcomes in patients undergoing radiotherapy for head and neck cancer: a systematic review [ J ] . Dysphagia, 2015, 30(2): 152–175.
- [ 28 ] Malandraki GA,Rajappa A,Kantarcigil C,et al. The Intensive Dysphagia Rehabilitation Approach Applied to Patients With Neurogenic Dysphagia: A Case Series Design Study [ J ] . Arch Phys Med Rehabil, 2016, 97(4): 567–574.
- [ 29 ] Cintra MT,de Rezende NA,de Moraes EN,et al. A comparison of survival, pneumonia, and hospitalization in patients with advanced dementia and dysphagia receiving either oral or enteral nutrition [ J ] . J Nutr Health Aging, 2014, 18(10): 894–899.
- [ 30 ] Jaafar MH,Mahadeva S,Morgan K,et al. Percutaneous endoscopic gastrostomy versus nasogastric feeding in older individuals with non-stroke dysphagia: a systematic review [ J ] . J Nutr Health Aging, 2015, 19(2): 190–197.
- [ 31 ] Liu SY,Yang CP,Wei TS,et al. Feasibility of a novel two-piece nasogastric feeding tube for patients with dysphagia [ J ] . Singapore Med J, 2013, 54(4): 227–230.
- [ 32 ] Skoretz SA,Yau TM,Ivanov J,et al. Dysphagia and associated risk factors following extubation in cardiovascular surgical patients [ J ] . Dysphagia, 2014, 29(6): 647–654.
- [ 33 ] Branson RD,Gomaa D,Rodriquez DJ. Management of the artificial airway [ J ] . Respir Care, 2014, 59(6): 974–989, 989–990.
- [ 34 ] Maggiore S,Lellouche F,Pignataro C,et al. Decreasing the adverse effects of endotracheal suctioning during mechanical ventilation by changing practice [ J ] . Respir Care, 2013, 58(10): 1588–1597.
- [ 35 ] 安德连,陈妙霞,陈琼梅,等. 吞咽障碍护理门诊的构建 [ J ] . 中华护理杂志,2017,52 ( 2 ) :21–23.

## 反侵权盗版声明

电子工业出版社依法对本作品享有专有出版权。任何未经权利人书面许可，复制、销售或通过信息网络传播本作品的行为，歪曲、篡改、剽窃本作品的行为，均违反《中华人民共和国著作权法》，其行为人应承担相应的民事责任和行政责任，构成犯罪的，将被依法追究刑事责任。

为了维护市场秩序，保护权利人的合法权益，我社将依法查处和打击侵权盗版的单位和个人。欢迎社会各界人士积极举报侵权盗版行为，本社将奖励举报有功人员，并保证举报人的信息不被泄露。

举报电话：（010）88254396；（010）88258888

传 真：（010）88254397

E-mail：dbqq@phei.com.cn

通信地址：北京市万寿路173信箱

电子工业出版社总编办公室

邮 编：100036